Rok XXXIV. Kraków 26. Stycznia 1895 r. Nr. 4.

Redakcya:
[illegible]

Administracya:
Zakład [illegible], Collegium physicum,

Ekspedycya miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, [illegible]

Ogłoszenia
przyjmuja: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam [illegible]

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1\frac{1}{2}$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: **prof. Dr. S. Domański.**

Przedpłatę
przyjmują:
[illegible]
p. Krzyżanowskiego w Krakowie, [illegible] skiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu [illegible]

Rękopisy
[illegible]

Jeden numer
[illegible]

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ $3\frac{1}{2}$ „	„ 6 „

I. O przeszczepianiu się wrzodu stwardniałego na samym chorym.

Podał

Doc. Dr. A. Zarewicz,

prymaryusz oddziału chorób wenerycznych i skórnych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Wobec zatem tak długiego czasu, jaki w moich przypadkach upłynął pomiędzy pojawieniem się pierwszego a drugiego wrzodu stwardniałego, bardzo nieprawdopodobna jest rzeczą, ażeby w obu przypadkach drugi wrzód stwardniały wystąpił z powodu ponownego zaszczepienia jadu syfilitycznego w okresie wylęgania się pierwszego wrzodu (*chancre successif).* Szczególniej nader dziwnym byłby zbieg okoliczności u chorej P., która będąc dotknięta wrzodem stwardniałym na wardze ust, zaraża się dodatkowo na języku a więc na części ciała, która ze względu na usadowienie się wrzodów jest od pierwszej jeszcze rzadszą.

Bądź jak bądź, możebność powstawania wrzodów dodatkowych dowodzi, że w okresie wylęgania się wrzodu stwardniałego ustrój jest jeszcze przystępnym do, powiedzmy, dalszego przyjęcia się jadu syfilitycznego, czyli że w okresie tym nie nastąpiło jeszcze ogólne zakażenie organizmu.

Zdaniem mojem w obu powyżej przytoczonych przypadkach przyjąć należy, że tak u jednej, jak i drugiej chorej wrzód stwardniały przeszczepił się dobrowolnie. Za tą okolicznością przemawia przedewszystkiem późne pojawienie się drugiego wrzodu stwardniałego a następnie usadowienie się jego na odpowiadającej pierwszemu wrzodowi części ciała. U chorej B. wydaje się ta druga argumentacya na pozór nieprawdopodobną; jeżeli jednak zważymy, że u tej chorej znacznie wydłużona i obwisła warga wstydliwa mniejsza, w dolnym swym odcinku przez wrzód stwardniały zajęta, często, jakeśmy o tem sami przekonali się, zalegała w rozwartej szparze sromnej, to zetknięcie się chorej wargi wstydliwej z rowkiem czółenkowatym było bardzo ułatwionem. Natomiast u drugiej chorej P. zetknięcie takie istniało, gdyż chora sama zeznawała, iż w celu zapobiegania przykremu uczuciu, jakiego doznawała we wrzodzie, starała sobie ulgę przynieść przez ustawiczne odwilżanie wrzodu językiem.

Oba podane przypadki tak pod względem teoretycznym jak i klinicznym są wielkiej doniosłości a zanim przystąpię do ocenienia ich wartości i wysnuwania ztąd praktycznych wniosków, przytoczę w krótkości to, co o tego rodzaju kwestyi jest nam dotychczas z literatury wiadomem a co zarazem posłuży za dowód, że przypadki przeze mnie przytoczone nie są odosobnione. Jak dotąd, brak jest tylko ustalonego i jednolitego zapatrywania się na tę sprawę, na którą baczniejsze zwrócenie uwagi byłoby w interesie nauki bardzo pożądanem'

W przeciwieństwie do skromnych doświadczeń, dowodzących możliwości ponownego jeszcze przyjęcia się wydzieliny syfilitycznej w okresie wylęgania się wrzodu pierwotnego, liczniejszym jest szereg autorów, którzy przytaczają niezbite dowody przeszczepialności wrzodu stwardniałego na samym chorym. Dowodów tych dostarczyły nam szczepienia również umyślnie w tym celu wykonane a zawdzięczamy je, idąc porządkiem lat: Didayowi (1862), Bideucapowi (1864), Ricordiemu (1866), Bummowi (1881), Pontoppidanowi (1885), Jadassohnowi (1891) i innym. W przypadkach tych przeszczepiano wrzód stwardniały na chorym samym przed wystąpieniem zmian ogólnych. W miejscu szczepienia tworzyły się najwcześniej w dniu 10. (Bumm i jeden przypadek Pon-

toppidana) a najpóźniej około dnia 30. (przypadek Jadassohna), już to guzki złuszczające się, już też owrzodzenia, które, jak to n. p. było w przypadku Jadassohna, okazywały objawy typowego wrzodu stwardniałego z zajęciem odpowiednich (pachowych) gruczołów limfatycznych.

Obok przypadków, w których możebność przeszczepienia wrzodu stwardniałego wykazano eksperymentem, zasługują także na uwagę przypadki dobrowolnego przeszczepienia się wrzodu pierwotnego, które obserwowali Haslund (1887) i Ullman (1889). W przypadku pierwszym Haslunda przeszczepienie się wrzodu nastąpiło około mniej więcej 21. dnia[1], w przypadku zaś Ullmanna około 41. dnia a zatem w czasie, w którym wystąpienie wrzodu tylko przeszczepieniu się przypisać należy.

Przytaczając powyższe szczegóły, ze znanej mi kazuistyki wyjęte, zaznaczyć muszę, że odwołuję się tylko na te przypadki, które mojem zdaniem oprzeć się mogą wszelkiej przeciwnej krytyce, pomijam zaś mniej pewne[2]).

Twierdzenie zatem moje powyżej wypowiedziane, że **w obu przeze mnie przytoczonych przypadkach nastąpiło dobrowolne przeszczepienie się wrzodu stwardniałego, wydaje mi się słusznem**, zwłaszcza że nie jest ono odosobnionem. Jeżeli jednak liczba dotychczas ogłoszonych przypadków jest jeszcze za mała, aby twierdzenie powyższe powszechnie uznano, pochodzi to ztąd, że nie zwrócono jeszcze dość uwagi na możebność przeszczepienia się wrzodu stwardniałego na samym chorym, albo że powstawanie tych wrzodów tłómaczono sobie w odmienny sposób. Nie chcę przez to twierdzić, ażeby przeszczepienie się wrzodu stwardniałego na samym chorym wydarzało się często, lecz przeciwnie jestem tego przekonania, że stósunki, w których to przeszczepienie nastąpić może, są trudne, że są to wreszcie wyjątki, sądzę jednak, że właśnie te wyjątki rzucają bardzo doniosłe światło na znaczenie wrzodu pierwotnego dla organizmu, który nim został dotknięty.

Jeżeli na kiłę zapatrywać się będziemy ze stanowiska bakteryologicznego jako na chorobę zakaźną, to nie ulega wątpliwości, że aby jad syfilityczny przyjął się i skutki swoje mógł rozwinąć, potrzebuje on do tego pewnych tak miejscowych jak i ogólnych a do swego rozwoju niezbędnych okoliczności.

Okoliczności te są nam już po części znane, po części zaś, względnie do naszych wiadomości i środków, jakimi rozporządzamy lub rozporządzać nam jest wolno, osłonione są jeszcze tajemnicą.

Powszechnie przyjętem jest zapatrywanie, że lubo wiele osób wystawionych bywa na zarazek błonicy, gruźlicy, cholery i t. p. chorób, nie każda z nich tym chorobom podpada; tak samo też, lubo nie jeden człowiek naraża się na zetknięcie się z jadem kiłowym, przecież nie każdy z nich mimo na pozór sprzyjających okoliczności nabywa kiły. Trudno zapewne dostarczyć w wielu podobnych przypadkach tak stanowczego dowodu, aby mógł on się oprzeć wszystkim zarzutom naukowym; że tak jednak jest, zatem przemawiają eksperyment i kliniczne spostrzeżenie, które tę możebność stanowczo potwierdzają. Znane są szczepienia Kattiera, Cullериera, Sarrhosa, Ouvryego, Puchego, Thiryego i innych, dokonywane wydzieliną bądź to wrzodu pierwotnego, bądź też zmian kiłowych następowych, świeżych na osobach zdrowych bez skutku. Do takich nieudałych szczepień zaliczyć także należy szczepienia wykonane przez bezimiennego lekarza z Palatynatu wydzieliną kiły drugorzędnej (Obs. III. VI i IX.). Niemniej, chociaż mniej pewne, znane są przypadki z klinicznego doświadczenia, iż niektóre osoby, mimo to że narażone były na zakażenie się jadem syfilitycznym, jednak go nie nabyły. Takie przypadki przytaczają Jullien i Mauriac.

Tego rodzaju przypadki miałem i ja sposobność widzieć w swej praktyce lekarskiej a lubo nie mogę dać na to niezbitego dowodu, czy nie zachodziły w tych przypadkach okoliczności miejscowej natury, które nie sprzyjały przyjęciu się jadu, w każdym razie, w obec wyżej przytoczonych okoliczności nie należy uważać ich za niemożebne.

Jak indywidua, tak samo istnieć podobno mają całe obszary krajów, których mieszkańcy nie są przystępni dla przyjęcia się zarazka kiłowego.

Czy to zabezpieczenie *(immunitas)* od jadu kiłowego jest właściwością indywidualną, czy ono jest wrodzonem, ale niezawisłem od przebytych chorób, jaką jest kiła, czy jest chwilowem czy też trwałem, o tem trudno jest nam na razie wyrokować. To jednak dotychczas na pewne twierdzić można, że tak samo, jak nie w każdym przypadku wrzodu stwardniałego czas jego wylegania się jest jednakowym, również tak samo mogą znaleść się stósunki, bądź to chwilowe, bądź też trwałe, które całkiem nie sprzyjają przyjęciu się tego jadu.

Stósunki atoli, które wpływają na rozmaite oddziaływanie organizmu względem jadu kiłowego, chociaż nie są jeszcze w sposób zadawalniający naukowo zbadane, muszą zapewne być rozmaitej przyrody, bo samą indywidualnością czy to zarazka (pasorzyta), czy też organizmu, na jego wpływy wystawionego, wytłómaczyć ich sobie nie potrafimy. A że tak jest, dość uprzytomnić sobie z epoki eksperymentalnej przypadki kiły (nieznanego z Palatynatu lekarza Obs. XVIII. XIX. i XX.), w których mimo na pozór nieprzyjęcia się szczepienia, a zatem bez poprzedzającego wrzodu pierwotnego, przecież przyszło do zakażenia ogólnego. W najnowszych czasach (1894) przytoczył Verchère trzy podobnego rodzaju przypadki ze swej praktyki lekarskiej, dokładnie obserwowane. **Jeżeli więc eksperyment i spostrzeżenia kliniczne uzupełniają się nawzajem, to tak zwana *syphilis d'emblée* w patologii kiły musi znaleść swoje uzasadnienie.**

Jak z jednej strony ogólną kiłę nabytą nie zawsze poprzedzać musi wrzód stwardniały, tak z drugiej strony znowu znane nam są przypadki, w których po wrzodzie stwardniałym nie wystąpiły objawy ogólnego zakażenia. I w tej kategoryi przypadków odwołać się można na okoliczność eksperymentem stwierdzoną, a którą również zawdzięczamy bezimiennemu lekarzowi z Palatynatu (obs. X.). W przypadku tym zaszczepiono wydzielinę zmian następowych w dziesięciu miejscach. W miejscach szczepienia po 36-dniowem

[1]) Inne przypadki przez Haslunda podane (*Chancres indurés multiples. Annal. de Dermatol. et de Syphiligr. 1887*) jak przypadek 2, 3, 4, 5. ze względu na krótki czas, który minął między pojawieniem się pierwszego a następnego wrzodu, raczej uważać należy za wrzody dodatkowe (*chancres successifs*), niż za wrzody, które przeszczepiły się dobrowolnie.

[2]) Dokładne zestawienie znanych dotychczas przypadków znachodzi się w pracy Dra O. Lascha w *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis* pod napisem: *Wann wird die Lues constitutionell? 1891. Heft I.* tudzież w pracy L. Hudeli: *De l'immunité syphilitique. Annales de Dermatol. et de Syphiligraphie.* 1891. Nr. 5.

wylęganiu się powstały płaskie, złuszczające się nacieki, które ustąpiły po jednomiesięcznem trwaniu, pozostawiając lekko łuszczącą się skórę. Zmiany następowe nie ukazały się przez niespełna 11-cie miesięcy. Z nowszych czasów znanym mi jest z referatu umieszczonego we *Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis* 1885 *(Autoinoculation des syph. Schankers)* przypadek Barthelemyego, w którym po wrzodzie stwardniałym jeszcze po 18 miesiącach nie wystąpiły były zmiany ogólne. (Dokończenie nastąpi).

II. Jeszcze kilka uwag o wstrzykiwaniach sublimatu pod spojówkę gałki ocznej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Choroby naczyniówki.

1) Andrzej S., 45-letni. Od roku wzrok słabł stopniowo. O. pr V. = 20/200. Badanie wziernikowe wskazuje jednostajne zaćmienie ciałka szklanego w obu oczach, tarcze nerwu wzrokowego prawie niewidoczne, przy ruchach gałek liczne, ruchome zaćmienia. Ogólnych cierpień żadnych. Od 4. Stycznia do 2. Marca 1894 po 10 wstrzyknięć sublimatu do każdego oka. Dno oka zupełnie wyraźne, zaćmienia bardzo nieliczne, w części obwodowej naczyniówki liczne gniazda zapalne. O. pr. V = 20/40, O. l. V. = 20/50; 7. Czerwca 1894, zatem po 2 miesięcznej przerwie, zaćmień wcale nie było; O. pr. V = 20/40, O. l. V = 20/40—30.

2) Paweł B., 28-letni. Prawe oko: M 4, 5 D, wyraźnie odgraniczony sierp ku zewnątrz od tarczy, V=20/20. Lewe oko: O = 5/200. Według słów chorego stan ten trwa już od roku, poprzednio zaś wzrok pogarszał się stopniowo przez kilka miesięcy. Badanie za pomocą skiaskopu wykryło niedomiarowość znowu 4, 5 D. Dno oka niewidoczne; obok ruchomych zaćmień, gęste jednostajne. Od 2. Kwietnia do 30. Maja 1894 10 wstrzyknięć sublimatu. Zaćmienie jednostajne zmniejszyło się znacznie już po pierwszych 3 wstrzyknięciach, O = 20/200, zaś 4. Czerwca 1894 V = 20/30. Nietylko jednostajne lecz i ruchome zaćmienia ustąpiły zupełnie; zmiany w naczyniówce były bardzo nieznaczne.

Prócz tych 2 przypadków wstrzykiwałem sublimat jeszcze w 6 przypadkach przewlekłego zapalenia jagodówki na znacznej przestrzeni, gdzie wzrok podupadł był do *minimum*. W 5 mieliśmy już zaćmę początkową, w dwóch zmniejszony, w jednym zwiększony ucisk śródoczny. W żadnym z tych przypadków nie dostrzegłem najmniejszego polepszenia. Zossenheim wstrzykiwał sublimat aż w 29 przypadkach zapalenia naczyniówki. W 14 była sprawa bardzo przewlekła, najzupełniejsza *iridochorioiditis*. Wyniki leczenia były niepomyślne, mianowicie nie było wcale polepszenia lub też, jeśli następowało, to chyba na czas bardzo krótki. Niepomyślne wyniki otrzymał również w jednym przypadku *chor. chron. specifica*, w dwóch przypadkach *chorio-retinitis*, w jednym przypadku *chor. centralis* u krótkowidza, w dwóch przypadkach *chor. disseminata*. Natomiast bardzo pomyślne wyniki otrzymał w 2 przypadkach (8. i 19.) zapalenia samej naczyniówki z zaćmieniem ciałka szklanego, w 1 przypadku *chorio-retinitis*, w 1 przypadku *chor. disseminata* (równocześnie było tu zapalenie miąższowe rogówki, kiła), w 3 przypadkach osadów na tylnej powierzchni rogówki przy równoczesnem zaćmieniu ciałka szklanego.

Już Gepner, po Darierze, spostrzegał pomyślne działanie wstrzykiwań sublimatu w zapaleniach naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów; zadziwiającem było ono w przypadku wynaczynień w obrębie obu plam żółtych (spostrz. 11-te). W pierwszej swojej pracy przytoczyłem dwa przypadki pomyślnego działania środka w *chorio-retinitis myopica*. Langie z 3 przypadków tego rodzaju (zawsze była *chorio-retinitis centralis*) w jednym tylko spostrzegł polepszenie, z dwóch zaś innych (w obu poprzednio wystąpiły wynaczynienia w obrębie plamki żółtej) w jednym nastąpiło tylko bardzo nieznaczne polepszenie, w drugim wynik był niekorzystny a to mimo dłuższego stosowania środka. Nic też dziwnego, że autor nie ufa działaniu sublimatu w sprawach zapalnych u krótkowidzów. Rzecz dziwna, że wobec bardzo wielu przypadków cierpienia naczyniówki, które Zossenheim podał w swej pracy, przytacza on 3 tylko przypadki *chorio-retinitis myopica*, dziwna z tego powodu, że cierpienie to tak bardzo jest częstem. We wszystkich było środkowe zapalenie naczyniówki. W jednym skutek był świetny, w drugim niewiadomy; zresztą w ostatnim leczenie pozostało bez żadnego skutku. Deutschman w swym dodatku do pracy Zossenheima zaleca jednakże sublimat w cierpieniach naczyniówki i siatkówki u krótkowidzów.

Co do mnie, to od półtora roku stosuję chętnie sublimat w tych przypadkach, uciekając się bardzo rzadko do pijawek sztucznych. Stosowałem go dotąd już przeszło w 30 przypadkach a wyniki leczenia zawsze były mniej lub więcej pomyślne, nie wyłączając nawet przypadków z bardzo znacznemi zmianami, co prawda, wymagały one często dłuższego czasu, w obrębie plamki żółtej. Opiszę dokładniej 3 tylko przypadki.

1) Aron S., 20-letni student medycyny, zasięgał mej rady w początku Marca r. z. Znalazłem wtedy M 10 D, V = 20/50, szerokie sierpy zanikowe dokoła tarcz obu nerwów wzrokowych; w okolicy plamek żółtych widoczne zmiany barwikowe. Ze względu na nadchodzące egzamina zaleciłem, by zaprzestał czytania na czas pewien. Rady tej wszakże chory nie usłuchał i 4. Kwietnia zjawił się u mnie, oznajmiając, że dnia poprzedniego nie mógł już wcale czytać. O. pr. V = 10/200, O. l V = 5/200; z największą trudnością czyta Snellena D = 4, przytem bardzo znaczna metamorfopsya. Badanie wziernikowe wykryło znaczne wynaczynienia w obrębie obu plamek żółtych. Od 4. Kwietnia do 4. Maja wstrzykiwałem sublimat co drugi dzień do każdego oka. Już po pierwszych pięciu wstrzyknięciach (jakkolwiek wziernik żadnych zmian nie wykazywał!), chory czytał prawem okiem SnD = 1,25, lewem SnD = 2,25. 4. Maja prawem okiem czyta swobodnie SnD = 0,5, lewem SnD = 0,6; O. pr. V = 20/70, O. l. V = 20/100, metamorfopsya jednak nie ustąpiła jeszcze zupełnie. Po upływie miesiąca, O. pr. i l. V = 20/40, czyta swobodnie SnD = 0,5, metamorfopsya zniknęła. Tak więc wzrok otrzymaliśmy lepszy, niż przy pierwszem badaniu chorego; nadto widzimy nadzwyczaj skuteczne działanie sublimatu w wynaczynionkach siatkówki.

2) Samuel S., 22-letni, również student medycyny i brat poprzedniego. O. pr. V = 20/100 (M 10 D), O. l. V = 20/70 (M 9 D). Sierpy zanikowe dokoła tarcz obu nerwów wzrokowych, odgraniczone niewyraźnie, dokoła odosobnione gniazda zapalne w naczyniówce, w wielu miejscach z zejściem zanikowem; w obu oczach gniazda te zbliżają się ku plamkom żółtym. Od 2 tygodni doświadcza przy czytaniu zamglenia i bardzo prędkiego zmęczenia. Od 2. Czerwca do 2. Lipca r. z. wstrzyknąłem sublimat po 6 razy do każdego oka. Już po pierwszych dwóch wstrzyknięciach zamglenie

ustąpiło zupełnie prawie, 2. Lipca zaś O. pr. V=20/70, O. l. V=20/40.

3) Jadwiga S., 48-letnia, widzi krótko od dzieciństwa; od 2 lat czytała z trudnością, od pół roku czytać zupełnie prawie nie może. O. pr. V=5/200. O. l. V=7/200 (M 9 D). Ciałko szklane jednostajnie zaćmione tak, że za pomocą wziernika ledwo dostrzedz można niewyraźnie zarysowane tarcze nerwów wzrokowych. Przy ruchach gałek liczne ruchome zaćmienia. Od 10. Maja do 10. Lipca wstrzyknąłem sublimat po 12 razy do każdego oka, poczem O. pr. V=20/70, O. l. V=20/40. Jednostajne zaćmienie ciałka szklanego zupełnie ustąpiło, ruchome zaćmienia ledwo dawały się dostrzedz, w naczyniówce widoczne teraz były znaczne zmiany zanikowe.

Przejdźmy teraz do działania wstrzykiwań sublimatu w zapaleniach współczulnych. Doradzał je tu również Darier, jakkolwiek w tych przypadkach już je dawniej stosowano. Gepner, jakkolwiek nie przytacza własnych spostrzeżeń, sądzi jednak, że wstrzykiwania sublimatu w porę zastosowane mogłyby nie dopuścić do zapalenia współczulnego. Ostatni o działaniu sublimatu w tych przypadkach pisali Wicherkiewicz, Langie i Zossenheim. Wicherkiewicz jest zdania, że wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu nie są w stanie zażegnać sprawy zakażenia w tylnym odcinku gałki, nie uznaje też tego leczenia za środek zapobiegający zapaleniu sympatycznemu drugiego oka. Natomiast przyznaje na podstawie 2 spostrzeżeń wielką doniosłość tym wstrzykiwaniom w przypadkach już rozwiniętego cierpienia współczulnego drugiego oka. Langie w swej pracy własnych spostrzeżeń nie przywodzi, wyliczając jednak wskazania do stosowania wstrzykiwań podspojówkowych, przytacza: „sympatyczne zapalenie, obok innego leczenia". Zossenheim opisuje następujący przypadek. Pierwsze oko, oddawna zanikłe, było wyłuszczone, lecz sprawa w drugiem posuwała się dalej tak dalece, że już na tem oku dokonano irydektomii i ekstrakcyi. Chory odróżniał palce na odległość stopy. Po 7 wstrzyknięciach, dokonanych w ciągu 2 miesięcy, liczył palce na 13 stóp. Rezultat, jak na zapalenie sympatyczne, wcale pomyślny! W drugim przypadku (zapalenie sympatyczne tęczówki w ostrej postaci), w którym początkowo cierpiącego oka nie wyłuszczono, wstrzykiwanie sublimatu, wprawdzie tylko 2 krotne pozostało bez skutku. Twórca teoryi migracyjnej zapaleń współczulnych, Deutschmann, nic nie mówi o działaniu sublimatu w tych sprawach A jednak, czy nie udałoby się właśnie *ex juvantibus* stwierdzić, lub w przeciwnym razie obalić teoryi, która wielu znalazła zwolenników, przeciwko której jednak doświadczenie kliniczne z bardzo poważnymi występuje zarzutami. Sprawa ta jednak wymaga bardzo licznych i przez dłuższy przeciąg czasu prowadzonych spostrzeżeń, a to z powodu, że zapalenie współczulne w rzadkich przypadkach rozwija się prędko, zwykle zaś do rozwoju swego dłuższego znacznie wymaga czasu.

Co do mnie, podzielić się mogę 4 spostrzeżeniami; z tych w 2 pierwotnie chore oczy były już wyłuszczone.

1) Jankiel P., 45 letni. W Grudniu r. 1892. wpadł mu do oka lewego kawałek żelaza. Zgłosił się do mnie dopiero 15. Lutego 1893 r. Bóle w lewej połowie głowy, obfite łzawienie, rogówka bardzo zmniejszona, silne nastrzykanie naczyń białkówki. W okolicy ciałka rzęskowego blizna ku górze i ku wewnątrz w kierunku promienia przebiegająca, cokolwiek wklęsła. Gałka sama zmniejszona, bardzo bolesna, prawe oko łzawi ciągle, od trzech tygodni czytać zupełnie nie może, źrenica prawie nieruchoma, oświetlenie boczne wykazuje osady na błonie Descemetego i dwie tylne przyczepiny. Chory nie zgodził się na wyłuszczenie niezwłoczne lewego oka; przystąpiłem przeto do wstrzykiwań sublimatu pod jego spojówkę i zrobiłem ich sześć w odstępach dwudniowych. Bóle głowy ustąpiły, łzawienie znacznie się zmniejszyło, w prawem jednak oku zmiany utrzymywały się jak poprzednio; dlatego też 2. Marca wyłuszczyłem lewą gałkę. Pośród zupełnie oderwanej siatkówki znalazłem kawał żelaza na 1 cm. długi i tyleż prawie szeroki. W tydzień po operacyi chory wyjechał i zjawił się ponownie dopiero 2. Czerwca 1893 r. Stan oka prawego znacznie się pogorszył: podrażnienie bardzo znaczne, V=5/200, oświetlenie boczne wykazuje liczne tylne przyczepiny. Od 2. Czerwca do 15. Lipca wstrzyknąłem sublimat 20 razy, poczem V=20/200, podrażnienie ustąpiło. Ten sam stan oka znalazłem przed miesiącem.

2) Piotr Ł., 12-letni, w Lipcu 1893. został skaleczony w oko prawe dłutem. Zgłosił się we 2 miesiące po przypadku. Oko miękkie, zanikłe, bardzo bolesne, łzawi. Wklęsła blizna długości 2 cm. w kierunku pionowym w dolnym odcinku gałki. Bardzo nieznaczna część jej przebiega w rogówce, część zaś pozostała stanowczo przecina całe ciałko rzęskowe. Lewe oko: V=20/70 (plamka środkowa z dawnych czasów), podrażnienia żadnego. Na wyłuszczenie gałki nie zgodzono się. Zastrzyknąłem sublimat 10 razy do chorego oka w odstępach dwudniowych, poczem chory odjechał do domu w połowie Października, lecz już w końcu Listopada powrócił. O. l. V=10/200, łzawienie, liczne tylne przyczepiny. 1. Grudnia 1893 r. wyłuszczyłem prawą gałkę, 4. Lutego 1894. roku w stanie lewego oka żadnej nie znalazłem zmiany. Po dwunastu wstrzyknięciach sublimatu 20. Marca O. l. V=20/100.

3) Chaim P., 16-letni, 15. Września 1893. roku skaleczył lewe oko ostrą trzaską, 17. Września znalazłem ranę poszarpaną w górnej połowie rogówki o kilku płatach, biegnącą dalej w obrębie ciałka rzęskowego. Tęczówka wypadła, soczewka zaćmiona, dalej ku zewnątrz w ranie ciałko szklane. Odciąłem wypadłą tęczówkę i przystąpiłem niezwłocznie do wstrzykiwań sublimatu, których zrobiłem 15-cie (co drugi dzień). W 4 tygodnie później otrzymałem na rogówce zupełnie gładkie bielmo, zajmujące znacznie więcej niż górną jej połowę; rana w białkówce również gładko się zabliźniła, oko niebolesne, bez żadnego podrażnienia, ucisk śródoczny prawidłowy, poczucie światła i zdolność lokalizowania wrażeń zupełnie dobre. Niebawem chory, subjekt handlowy powrócił do zwykłych zajęć. Stan oka i obecnie żadnym zmianom nie uległ, nadając się najzupełniej do irydektomii.

4) Dymitr P., 26-letni wyrobnik, 1. Października 1893. skaleczył prawe oko nożem. Badając przed upływem doby znalazłem rogówkę rozciętą w kierunku jej średnicy poziomej; z obu stron rana sięga również w białkówkę na 1 cm. ku zewnątrz i przeszło na 1 cm. ku wewnątrz. Przecięte były w tym kierunku tęczówka i torebka soczewki. W worku spojówkowym i na rzęsach znalazłem sporą ilość substancyi soczewkowej; w wewnętrznym końcu rany pokazywało się również ciałko szklane. Brzegi rany w środku rogówki cokolwiek podwinięte ku wewnątrz. Przez całą noc chory stosował okłady z mięszaniny białka z ałunem (na brudnym gałganie). Jakkolwiek oko nadawało się raczej do niezwłocznego wyłuszczenia, zdecydowałem się jednak spróbować wstrzykiwań sublimatu. Już po 10 wstrzyknięciach (pierwsze cztery codziennie), po upływie szesnastu dni gałka była blada, bez żadnego zadrażnienia, rana zabliźniła się, blizna była gładka, ku górze zaś i ku dołowi od niej tkanka rogówki była zamglona. Ucisk śródoczny, poczucie światła i zdolność lokalizowania prawidłowe. Stan ten utrzymuje się bez zmiany i po dziś dzień i można mieć wszelką nadzieję przywrócenia w pewnej mierze wzroku.

Pierwsze dwa spostrzeżenia stwierdzają oczywiście tylko to, co już dotąd wiadomem było, mianowicie, że wstrzykiwania podspojówkowe sublimatu nie są w stanie powstrzy-

mać już powstałego zapalenia w pierwszem oku; przeciwnie, gdy ono powstało już w drugiem oku, po wyłuszczeniu pierwszego, działają wstrzykiwania względnie bardzo pomyślnie. Inaczej rzecz się ma w dwóch ostatnich przypadkach. W obu były bardzo znaczne uszkodzenia gałek, właśnie w obrębie ciałka rzęskowego, w okolicznościach najbardziej sprzyjających zakażeniu a jednak przy użyciu wstrzykiwań sublimatu gojenie nastąpiło zadziwiająco prędko. Zwracam raz jeszcze uwagę na okoliczność, że po upływie roku oczy nie okazywały żadnych objawów utrzymywania się spraw zapalnych, drugie oko pozostawało zupełnie zdrowem. Zapewne, dla zapalenia współczulnego rok tylko jeden czasu stanowi niewiele; sądzę wszakże, że przypadki te mogą zachęcić do wstrzykiwań podspojówkowych sublimatu niezwłocznie po zaszłym urazie oka, zwłaszcza, że sprawa gojenia odbywa się przytem nadzwyczaj pomyślnie.

(Dokończenie nastąpi).

III. Pierwszy przypadek błonicy gardła i krtani leczony surowicą Behringa w Tarnowie.

Skreślił

Dr. Henryk Kowalski.

docent higieny w c. k. seminaryum nauczycielskiem.

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Skreśliwszy objawy błonicy i ich interesujący przebieg od chwili rozpoznania choroby aż do zupełnego wyzdrowienia, przystepuje obecnie do zestawienia praktycznych uwag, jakie mi się nasunęły tak co do intubacyi, jak i dwukrotnego, podskórnego wstrzyknięcia surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej.

Przedewszystkiem wyszczególnić muszę zalety tubusów intubacyjnych, sprowadzonych w roku zeszłym od H. Reinera z Wiednia. Nie są one tak zewnątrz jak i w swych wydrążeniach okrągłe, jak to O'Dwyer w r. 1890 zalecał, lecz owalne, jakie pierwotnie w r. 1886 obmyślił, a na swych bocznych ścianach prawie w samym środku mają brzuścowate zgrubienia. Owej też owalności tubusa przypisać należy, że na więzadłach głosowych nie wystąpiła odleżyna, brzuścowatemu zgrubieniu zaś to, że tubus wprawdzie wedle skali dla dwuletniego dziecka dobrany, wisząc na więzadłach głosowych przez 72 godzin, mimo dość częstego i silnego kaszlu ani razu z tchawicy nie wypadł.

Po intubacyi nie potrzeba było związać dziecku rąk lub je unieruchomić w stawach łokciowych, chłopczyk bowiem, chociaż dopiero 27 miesięcy liczący, był rozkazowi rodziców naprzemian nad nim czuwających tak posłuszny, że ani razu rączką ku nitce nie sięgnął.

Wbrew doradzie Gallatiego[1]), aby usunąć nitkę po założeniu tubusa, która drażni gardła dzieci a niesfornym daje sposobność wyciągnięcia go z krtani tudzież, by wyjmować tubus ekstubatorem, wydobyłem tubus przez pochwycenie kleszczykami pozostawionej i już odgryzionej a nie połkniętej jeszcze podwójnej nitki blisko nasady na dół obniżonego języka. Pozostawienie nitki przy założonym tubusie, jeżeli dziecko jest spokojnem i wydobywanie tubusa przez pociągnięcie choćby odgryzionej a niepołkniętej jeszcze nitki wydaje mi się stósowniejszem, niż wchodzenie do krtani, aczkolwiek pod ochroną palca ekstubatorem, narzędziem szorstkiem, którem błonę śluzową jej czyto podczas występującego dławienia czy też kaszlu łatwo uszkodzić można.

Ile razy śluz w tubusie, zwykle po dłuższym śnie, tak mocno zaschł, że dziecko oddechało syczące a wdychiwania z roczynu dwuboranu sodowego nie zdołały go rozrzedzić, zamiast skrapiania wodą twarzy podawano choremu z polecenia mego pół łyżeczki mleka, wody lub wina a wywołane tym sposobem zachłyśnięcie się wydało śluz z tubusa i przywracało swobodny oddech.

Wobec tego, że rodzice nie zezwolili na żywienie dziecka cewnikiem Nelatona przez nos, lawatywy odżywcze powyż przytoczonego składu o ciepłocie 25° R., zadawane co 6 godzin, bez poprzedniego wstrzykiwania małej ilości zimnej wody do odbytnicy, celem zadrażnienia jej i wyparcia treści, zatrzymywane od 1—3 godzin, były w obecnym przypadku wystarczającemi do zaopatrzenia ustroju chorego przez 72 godzin potrzebnymi do życia składnikami, mimo, że wysoka gorączka wycieńczała jego siły. Kilka bowiem łyżeczek od kawy mleka i wina podawanych na dobę przez usta, celem wywołania zachłyśnięcia się i wydalenia zaschłego śluzu z tubusa, z których jakaś część dostawała się i do krtani, nie może tu wchodzić w rachubę jako środek odżywczy. Dodać tu jeszcze należy, że po każdem zadaniu lawatywy matka chorego przez dłuższy czas ściskała palcami otwór stolcowy.

Pierwsze wstrzyknięcie surowicy Behringowsko-Ehrlichowskiej w 4-tym dniu choroby nie miało żadnego wpływu na spadek ciepłoty i nie zapobiegło potęgowaniu się sprawy chorobowej w krtani, lecz obniżyło na krótki czas tętno i oddziałało pomyślnie na naloty na migdałkach, które chociaż były rozległe i dość grube, już na drugi dzień zmalały do połowy a trzeciego ustąpiły prawie zupełnie.

Korzystny atoli wynik powtórnego wstrzyknięcia surowicy w szóstym dniu choroby nie da się zaprzeczyć. Praktykując już 26. rok, spędziwszy setki nocy przy ciężko chorych na ostre choroby zakaźne, z wyjątkiem przypadków zapalenia płuc włóknikowego, zimnicy i zakaźnego zapalenia macicy podczas połogu, leczonego przestrzykiwaniami roztworów przeciwgnilnych, nigdy nie zdarzyło mi się zauważyć, aby na szczycie choroby spadek ciepłoty i tętna nastąpił przed północą. Jeżeli się zważy, że w obecnym przypadku przed powtórnem wstrzyknięciem surowicy w skutek zatrucia ustroju dziecka jadem błoniczym, ciepłota o godzinie 9-tej wieczór wynosiła 40·0, tętno 160 a liczba oddechów 60 a w 2 godziny po wstrzyknięciu, to jest o godz. 11. przed północą nastąpił spadek ciepłoty do 38·8, tętna do 136, oddechów do 48, sensoryum dziecka stało się jaśniejszem, toć wobec doświadczeniem stwierdzonej pewności, że antytoksyny nie łączą się chemicznie z toksynami w ciała obojętne, koniecznie przyznać trzeba, że zgubne działanie jadu błoniczego na ustrój wstrzyknięta surowica osłabione zostało, czyli inaczej rzekłszy, że antytoksyny surowicy leczniczej uodporniły komórki ustroju przeciw działaniu toksyn.

Wystąpienie osutki podobnej do odry z przemianą licznych guzeczków na pęcherzyki w 7. dniu po pierwszem, a w 5. po drugiem wstrzyknięciu surowicy, jest nową odmianą wysypek, pozostających z niem w przyczynowym związku, Roux, Wernicke, Heubner i Widerhofer bowiem

[1]) Die Intubation in der Privatpraxis. *Wiener Medizinische Wochenschrift* Nr. 1—10. 1894. str. 235.

zauważyli po wstrzyknięciu surowicy tylko występowanie pokrzywki *(urticaria)*, Seitz dwa przypadki rumienia pierścieniowatego naokoło miejsc wstrzyknięcia, Bär jeden przypadek osutki plamisto-guzkowatej na dłoniach i podeszwach *(exanthema maculo-papulosum)* a Lubliński i Scholz rumień wypocinowy wielopostaciowy *(erythema exsudativum multiforme)*.

Przytoczyć tu wreszcie należy, że powyższy przypadek błonicy, w którym choroba z gardła przeszła na krtań i cechowała się silnym jadem, przebiegał bez białkomoczu a dwukrotne wstrzyknięcie surowicy nie wpłynęło na jego pojawienie się.

Zakończając na tem praktyczne uwagi, wysnute z obserwacyi niniejszego przypadku, daleki od chęci wydania stanowczego sądu o surowicy Behringa, nie mogę pominąć milczeniem tej okoliczności, że zapytany przez sceptyka, azali mógłbym stanowczo wykluczyć możebność, że dziecko w mowie będące i bez powtórnego wstrzyknięcia surowicy nie wyzdrowiałoby, mimo tego, że musiałbym dać odpowiedź przeczącą, nie zmieniłbym swego przekonania, że jeśli intubacya po raz pierwszy, to ponowne wstrzyknięcie surowicy po raz drugi uratowało dziecku życie. Nauka bowiem kroczy nieraz długo manowcami, zanim wejdzie na bity gościniec, wiodący do poznania stałych i niezmiennych praw przyrody, lecz gdy podpatrzy jej choćby najogólniejsze zjawiska, pociąga i porywa ku sobie umysły. Skoro Behring jad błoniczy, chociaż zupełnie inną drogą i w odmienny sposób, jak Pasteur zarazek wścieklizny przez króliki, zawsze jednakże przez odmienny gatunek ustrojów przeprowadził, zanim ich surowicą zaczął uodporniać ludzi przeciw błonicy, a chorych już na nią leczyć, większość zaś lekarzy potwierdza już dziś korzystne wyniki jego doświadczeń, toć nic dziwnego, że i ja dałem się porwać temu nowemu sposobowi leczenia, zwłaszcza, że i ona, podobnie jak przeze mnie w błonicy gardła zalecany chlorek pilokarpiny, wywołuje leukocytozę.

IV. Oceny i sprawozdania.

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Praca

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 2).

Z początku, w skutek czy to podniesienia się parcia w jamie brzusznej, czy to w skutek zapalnego przekrwienia, czy wreszcie w skutek zwiększenia się ruchu w jamie brzusznej (np. w skutek antyperystaltyki w niedrożności jelita) wchłanianie może być nawet większem, niż w stosunkach prawidłowych. Wkrótce jednak wchłanianie to zmniejsza się a nawet w pewnych okolicznościach może ustać zupełnie. Fakt ten tłómaczy nam okoliczność, że w daleko posuniętem zapaleniu otrzewny błona ta znosi czasami ogromne ilości mocno działających płynów antyseptycznych bez wielkiej szkody dla ustroju.

Upośledzenie sprawy wchłaniania z jamy brzusznej w późniejszych okresach zapalenia otrzewny należy uważać za naturalną obronę organizmu przeciw ogólnemu zakażeniu oraz zatruciu; niestety często obrona ta rozpoczyna się zbyt późno.

Drugą ważną własnością otrzewny jest z d o l n o ś ć t r a n s s u d a c y i; własność ta została zbadaną przez W e g n e r a[24]), który przez wstrzykiwania do jamy brzusznej królików roztworów stężonych cukru, soli kuchennej i gliceryny wywoływał u tych zwierząt przesięki brzuszne. Przesięki te miały charakter surowiczy, po użyciu zaś bardzo stężonych roztworów zawierały one także czerwone ciałka krwi. Po wstrzyknięciu przytoczonych substancyj do jamy brzusznej przesiąkała w ciągu godziny ilość odpowiadająca 4·3—8·28% wagi ciała zwierzęcia, czyli ilość odpowiadająca całej wadze zwierzęcia, mogłaby przesiąknąć do jamy brzusznej w ciągu 23—12 godzin. Badania W e g n e r a, tyczące się transsudacyi do jamy brzusznej, są zupełnie elementarne; miały one na celu wykazanie, jak wielką może być zdolność transsudacyjna tej błony. Stósunki doświadczalne w tej części pracy W e g n e r a nie odpowiadają jednak zupełnie stosunkom ani fizyologicznym, ani patologicznym. To też na zasadzie badań tych niepodobna wywnioskować, od czego w okolicznościach naturalnych zależy powiększenie się transsudacyi do jamy brzusznej, dlaczego w rozmaitych stósunkach charakter przesięków i wysięków otrzewnowych bywa rozmaitym oraz w jakim stosunku naturalnym zostają do siebie transsudacya do jamy brzusznej i resorpcya płynu z tej jamy.

Jeszcze przed laty kilkunastu uważano powszechnie otrzewnę za błonę nadzwyczaj w r a ż l i w ą na wszelkie zadrażnienie, zwłaszcza zaś na zadrażnienie przez bakterye a więc na zakażenie. Obawiano się podczas operacyj brzusznych zakażenia przez drobnoustroje, znajdujące się w powietrzu i chciano temu zapobiedz przez obfite używanie rozpylacza karbolowego czyli sprayu, co ze stanowiska ówczesnej antyseptyki pozornie wydawało się słusznem. Wkrótce jednak po wprowadzeniu rozpylacza karbolowego powstały z rozmaitych stron wątpliwości co do niebezpieczeństwa, jakie przedstawia zakażenie jamy brzusznej przez bakterye, unoszące się w powietrzu i powstała szeroko roztrząsana w literaturze kwestya zakażenia z powietrza. Nie przytaczając na tem miejscu całej literatury tej kwestyi, ograniczę się do przywiedzenia, że obecnie na zasadzie wieloletniego doświadczenia większość chirurgów jest tego zdania, iż w stosunkach zwykłych, t. j. gdy w powietrzu nie unosi się niezwykle wielka ilość drobnoustrojów chorobotwórczych, zakażenie otrzewny z powietrza nie następuje. Teorya zakażenia z powietrza ma nawet wielu bezwzględnych przeciwników. Jeden z chirurgów rosyjskich, chcąc dowieść niemożności zakażenia jamy brzusznej z powietrza, ogłosił wyniki szeregu laparotomij, które wykonał aseptycznie w sali szpitalnej, przeznaczonej dla chorób zakaźnych. W powietrzu tej sali unosiło się mnóstwo bakteryj septycznych, a zakażenie osób operowanych nie wydarzyło się ani razu.

A więc wrażliwość otrzewny na działanie bakteryj powietrznych wielką być nie może. Inaczej rzecz się ma z pewną wrażliwością tej błony na działanie powietrza. Działanie to zależy przedewszystkiem od temperatury i stopnia wilgotności powietrza. Na ogólne i miejscowe objawy, występujące po wystawieniu otrzewny na działanie zimnego powietrza, zwrócił uwagę już W e g n e r[25]): po szerokiem otwarciu jamy brzusznej opadała ciepłota ciała (rzecz zrozumiała ze względu na ogromną powierzchnię, jaką przedstawia otrzewna, zresztą stwierdzona jeszcze przez S i m o n s a), oddechy i tętno wolniały, następowało porażenie jelita. Według D e l b e t a[26]) i W a l t h a r d a[27]) pod wpływem wysuszającego działania powietrza powierzchowne warstwy otrzewny obumierają i w pewnych stosunkach zmiana ta może stanowić predyspozycyę do powstania zapalenia otrzewny. Jeśli choroba ta nie powstaje, obumarłe przybłonki złuszczają się i błona surowicza powraca do stanu prawidłowego.

W doświadczeniach nad resorpcyą z jamy brzusznej wydymał W e g n e r[28]) króliki powietrzem; powietrze, wpro-

[24]) W e g n e r: l. c.
[25]) W e g n e r: l. c.
[26]) D e l b e t: l. c.
[27]) W a l t h a r d: l. c.
[28]) W e g n e r: l. c.

wadzone do jamy brzusznej zwierzęcia ogrzewa się do ciepłoty ciała tak rychło, że nie może być mowy w podobnych doświadczeniach o jakiemś termicznem, miejscowem działaniu powietrza; co się zaś tyczy jego działania wysuszającego, to wobec stosunkowo niewielkiej ilości gazu, która do jamy brzusznej zwierzęcia wprowadzić się daje, można takie działanie śmiało w danych doświadczeniach pominąć. Działanie więc powietrza na otrzewną było w doświadczeniach Wegnera tylko mechaniczne a polegało ono na rozciągnięciu otrzewny brzusznej oraz ucisku wywieranym na komórki śródbłonkowe. Przy sekcyi zwierząt do doświadczenia użytych znajdywał Wegner białawe zabarwienie błony surowiczej, w niektórych zaś miejscach jakby śluzowe złogi; zmiany te polegały na stłuszczeniu oraz złuszczeniu śródbłonków; pod złuszczonym zaś śródbłonkiem wytwarzała się młoda tkanka granulacyjna, która prowadziła do bliznowatego zgrubienia tkanki łącznej w miejscach, w których złuszczenie było najwybitniejszem. Otrzewna królików reagowała więc energicznie na bodziec czysto mechaniczny i stosunkowo słaby złuszczeniem śródbłonka oraz proliferacyą komórek tkanki łącznej. Powszechnie wiadomo, jak wielką jest tendencya otrzewny, pozbawionej śródbłonka do tworzenia zlepów oraz zrostów pomiędzy sąsiedniemi organami. Tę własność otrzewny nazwał Wegner jej plastycznością. O ile więc wrażliwość otrzewny nie jest wielka, jak to zresztą jeszcze niżej się okaże, o tyle plastyczność jej jest bardzo znaczna, t. j., jeśli podnieta zewnętrzna okaże się dostateczną do wywołania w tej błonie zmian patologicznych, tyczących się przedewszystkiem komórek śródbłonkowych, reakcya ze strony otrzewny, występująca pod postacią zmian proliferacyjnych, jest bardzo energiczna. W stosunkach naturalnych zmiany te wywołuje prawie wyłącznie sprawa zakaźna; według Reichla[29]), Kelterborna[30]) i Küstnera[31]) zrosty otrzewnowe po operacyach brzusznych nie powstają ani w miejscach przypalania termokauterem, ani naokoło ciał obcych, jakoto podwiązek jedwabnych, a jedynie w skutek zakażenia.

Pod względem wrażliwości i plastyczności zachowuje się otrzewna rozmaitych zwierząt rozmaicie; z dotychczasowych doświadczeń wynika, że wogóle otrzewna ludzka jest mniej wrażliwa od otrzewny królika, wrażliwszą zaś niż otrzewna psa (Reichel[32]). Zrosty otrzewnowe zaś powstają łatwiej u psa, aniżeli u człowieka.

Zapalenie otrzewny występuje w rozmaitych formach, stósownie do przyczyny, przez którą zostało wywołane, oraz do mnóstwa okoliczności, ściśle związanych z danym ustrojem, który chorobie podlega. To też ze stanowiska anatomopatologicznego oraz klinicznego istnieją różne podziały zapalenia otrzewny na liczne formy, działy i poddziały. Nie uwzględniając tutaj wszystkich tych systematów, ograniczę się do przytoczenia, że wszystkie formy zapalenia otrzewny dadzą się sprowadzić według panujących obecnie zasad naukowych do dwu wielkich grup: zapalenia otrzewny natury chemicznej oraz zapalenia otrzewny natury bakteryjnej. Wprawdzie nawet tego podziału nie można uważać za zupełnie ścisły, gdyż zmiany otrzewny, wywołane przez bakterye, musimy uważać w ostatniej instancyi za zmiany chemiczne, a jak się niżej okaże, nawet bakterye dopiero wówczas zaczynają działać na otrzewną, gdy substancye chemiczne już poprzednio wywołały pewne zmiany w tej błonie. Ze względu jednak na to, że w naturze występuje niekiedy zapalenie otrzewny w formie czysto chemicznej oraz że drogą doświadczalną zbadano zapalenie otrzewny, wywołane środkami chemicznymi, musimy utrzymać ten podział.

[29]) Reichel: Zur Pathologie des Ileus und Pseudoileus. Deutsche Ztschr. für Chirurgie. T. XXXV, p. 495.

[30]) Kelterborn: Versuche ueber die Entstehungsweise peritonealer Adhaesionen nach Laparotomie. Centralbl. f. Gynaec. 1890 Nr. 51. pag 913.

[31]) Küstner Bedingen Brandschorfe in der Bauchhoehle Adhaesionen? Centr. f. Gynaec. 1890. Nr. 24 p. 421.

[32]) Reichel: l. c.

W stosunkach naturalnych zapalenie otrzewny natury czysto chemicznej występuje względnie rzadko; najczęściej powstaje ono przez wylanie się do jamy brzusznej jałowej treści guzów jajnikowych, zwłaszcza zaś torbieli po skręceniu szypuły (Schroeder[33]). Jest to ta sama forma zapalenia otrzewny, którą inni autorzy zwą formą aseptyczną (Bumm)[34]) lub też toksyczną (A. Fraenkel)[35]). Pod względem klinicznym odznacza się forma ta wielką dobrotliwością; po usunięciu bowiem przyczyny zazwyczaj ustępuje zapalenie otrzewny i chorzy powracają do zdrowia, oczywiście jeśli już przedtem nie nastąpiło ogólne zatrucie ustroju. Czy normalna, a więc jałowa żółć (Leubuscher[36]), Gilbert et Girode[37]), Naunyn[38]), Letienne)[39]), wylana do jamy otrzewny, może wywołać zapalenie błony surowiczej, nie jest jeszcze w zupełności rozstrzygniętem. Wprawdzie Laruelle[40]) obserwował po wstrzyknięciu sterylizowanej żółci do jamy brzusznej królików zmiany w śródbłonkach otrzewnowych a A. Fraenkel[41]) wywoływał w ten sam sposób wybitne włóknikowe zapalenie z krwawemi podbiegnięciami w błonie otrzewnej; sprzeciwia się jednak temu Lahr[42]) oraz obserwacya Tavela i Lanza[43]) na człowieku, u którego żółć wylewała się do jamy brzusznej w ciągu 48 godzin a otrzewna pozostała w stanie prawidłowym. Okazuje się więc, że chemiczne zapalenie otrzewny, wywołane przez Laruella oraz A. Fraenkla przez wprowadzanie sterylizowanej żółci do jamy brzusznej, w analogicznych stosunkach naturalnych co najmniej niekoniecznie powstać musi. Prawidłowy mocz, wprowadzony do jamy brzusznej, według Grawitza[44]) nie wywołuje zapalenia otrzewny. Fermenty jelitowe również zmiany tej nie wywołują (Silberschmidt[45]). Ze substancyj znajdujących się w organizmie a które należy uwzględnić przy roztrząsaniu powstawania zapalenia otrzewnej, jedynie trypsyna chemicznie czysta, w dawce 0·1 g. w 10—15 cm³ wody, wprowadzona do jamy brzusznej królika, wywołuje śmiertelną, krwawą *peritonitis* (Pawlowsky)[46]).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby zakaźne.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

Moizard i Perregaux leczyli 231 przypadków błonicy surowicą swoistą. Z nich umarło 34 czyli 14·71% a po wyłuczeniu przypadków śmierci z powodu chorób przypad-

[33]) Schroeder: Ueber die allgemeine nicht infectiose Peritonitis. Zeitschr. f Geburtshilfe und Gynaecologie T. XII, zesz. 2. p 492. Ref. w Centr. f Chir. 1886. p. 809

[34]) Bumm: Zur Aetiologie der septischen Peritonitis. Münch. med. Woch. 1889. Nr. 42. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras. T. VII. 1890. Nr. 2. pag 97.

[35]) Fraenkel A: l. c.

[36]) Leubuscher: Einfluss von Verdauungssaeften auf Bacterien. Zeitschr. f. klin. Medicin. T XVII 1890. Zesz. 5. Ref. w Centr. f. Bact. u Paras. T. IX. 1891. Nr. 7 p. 244.

[37]) Gilbert et Dirode Contribution a l'etude bacteriologique des voies biliaires. Semaine med 1890 Nr. 58. Ref. w Centr. f. Bact. u. Paras 1891. T. IX. Nr. 12 p 413.

[38]) Naunyn: Ueber das Vorkommen von Spaltpilzen in der Gallenblase. Deutsche med. Woch. 1891. Nr 5 Sitz. Ber. des naturwiss Vereins in Strassburg vom 16 I. 1891. Ref. w Centr. f. Bact u. Paras. T X 1891. p. 92.

[39]) Letienne: Recherches bacteriologiques sur la bile humaine. Arch. de med. exp et d'anat Pathol 1891 Nr 6. p. 761.

[40]) Laruelle: Etude bacteriologique sur les peritonites par perforation. La Cellule T. V. zesz. 1. 1889.

[41]) A. Fraenkel: l. c.

[42]) Lahr: cyt wedł 29).

[43]) Tavel und Lanz: Ueber die Aetiologie der Peritonitis. Mittheilungen aus klinischen und medicinischen Instituten der Schweiz. Heft 1 Nr. 1 1893.

[44]) Grawitz: Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. Charite-Annalen XI rocznik 1886. p. 770.

[45]) Silberschmidt: cyt. wedł 29).

[46]) Pawlowsky: Zur Lehre von der Aetiologie, der Entstehungsweise und den Formen der acuten Peritonitis. Virch. Arch. T. 117. 1889. p. 469.

kowych zostaje 11·26%. W przypadkach niepowikłanych a więc bez strepptokoków i stafilokoków śmiertelność wynosiła 4·54% w rzypadkach ze streptokokami i stafilokokami zaś wynosiła 14·28%. W samym krupie śmiertelność była 18·47%, a w krupie towarzyszącym błonicy = 17·64. W zeszłym roku po tracheotomii zmarło 73·19%, obecnie tylko 40%. W 82 tylko przypadkach dostrzeżono białko w moczu a jako objawy towarzyszące niektórym przypadkom podają autorowie wysypkę podobną jak w płonicy, pokrzywkę, podwyższenie ciepłoty i obrzęki stawów. *(Bulletin médical 1894).*

Dr. Jan Landau.

Choroby dzieci.

Nowsze prace o ostrych chorobach przewodu pokarmowego.

Czerny i Moser: **Badania kliniczne chorób przewodu pokarmowego u osesków.**

Ścisłe poszukiwania kliniczne i bakteryologiczne nad chorobami przewodu pokarmowego u osesków, dokonane w pierwszym rzędzie przez badaczy francuskich (Sevestre, Gaston i t. d.) a następnie przez pedyatrów niemieckich, rzuciły na ten dział chorób dzieci zupełnie nowe światło.

Czerny i Moser, idąc dalej w tym kierunku, starają się przedewszystkiem ujednostajnić dotychczasowy chwiejny podział chorób żołądka i jelit, a swój nowy podział opierają na podstawach niebranych dotąd w rachubę. A mianowicie dzielą oni sprawy chorobowe, w przewodzie pokarmowym toczyć się mogące na 2 grupy, zaliczając do pierwszej nazwanej dyspepsya te, w których zmiany chorobowe zajmują wyłącznie tylko sam narząd trawienia; do drugiej zaś grupy *gastroenteritis* ciężkie formy, które skutkiem dostania się drobnoustrojów z jelit do krwi wywołują, jako następstwa lub powikłania, schorzenia innych organów, a głównie płuc i nerek.

Przebieg sprawy chorobowej tak w pierwszej jak i drugiej grupie może być ostry lub przewlekły.

Na obraz chorobowy dyspepsyi składają się objawy: zmniejszenie apetytu, obłożenie języka, często pleśniawki, wzdęcie lub w formach przewłocznych zwiotczenie mięśni brzucha, następowa niedokrewność. Do stałych objawów należą wymioty. Stolce mogą być więcej lub mniej rozwolnione, miernie cuchnące; w przewłocznych formach pojawić się może zaparcie stolca. Mocz może zawierać cukier lub indykan przy nieprawidłowych rozkładach treści w jelitach. Ciężar ciała może się powiększać, może jednak i zmniejszać się stosownie do ciężkości objawów.

Zastanawiając się nad objawami drugiej grupy *gastroenteritis* musimy mieć na uwadze, że nieprawidłowe rozkłady w przewodzie pokarmowym, zakażając drobnoustrojami cały organizm, wywołują cały szereg zmian w innych narządach. Obok więc objawów ze strony żołądka i jelit, wymiotów z obfitą domieszką śluzu, stałego wzdęcia, zwiotczenia mięśni brzucha, stolców cuchnących i t. d. stwierdzimy wybitne objawy dostania się samych bakteryj lub ich trucizn do organizmu. Stwierdzimy więc na bladej skórze ograniczone zaczerwienienia, na błonie śluzowej podniebienia i skórze kończyn wynaczynionki; stwierdzimy działanie tych trucizn na funcye mózgu, na akcyę serca i t. d. Mocz w tych ciężkich formach zawiera białko a osad cechujące składniki, świadczące o ostrem zapaleniu nerek. Wreszcie nekroskopia wykaże obok innych zmian miąższowe zwyrodnienie organów wewnętrznych.

Najczęściej jednak bywają dotknięte płuca temi zmianami następowemi. Anatomicznie zmiany te przedstawiają się jako zapalenie zrazikowe *(bronchopneumonia)*; ponieważ jednak różnią się od zwykłych zapaleń sposobem powstania, podstawą etyologiczną i objawami klinicznymi, przeto możnaby je, idąc śladem Francuzów, oddzielić jako osobną grupę chorób płucnych u dzieci i nazwać: *Bronchopneumonies infectieuses d'origine intestinal chez l'enfant.* Objawy kliniczne tych zapaleń różnią się od objawów zapaleń zwykłych, a mianowicie cechuja je nagłość powstania, gorączka bez typu, niekrwawa plwocina, wreszcie brak zupełny zapalenia oskrzeli *(bronchitis)*. Te charakterystyczne objawy kliniczne, jak również zmiany anatomiczne, częstość, z jaką się spotyka tego rodzaju cierpienia płuc ze schorzeniem narządu trawienia i równoczesne zajęcie nerek upoważniają do twierdzenia, że ta sprawa następowa szerzyć się musi drogą naczyń krwionośnych w ten sposób, że z nieprawidłowego rozkładu treści w jelitach drobnoustroje dostają się drogą naczyń chłonnych do obiegu krwi, zajmując w pierwszym rzędzie płuca, później nerki i t. d. Wynika stąd, że drobnoustroje te za życia we krwi krążyć muszą, a cięższe formy chorób kiszek (*gastroenteritis*) uważać musimy za zakażenie ogólne ustroju. Potwierdziły to zapatrywanie badania bakteryologiczne krwi za życia; w 12 przypadkach badanych bakteryologicznie wykazano bowiem we krwi: gronkowiec, paciorkowiec, *bacterium coli commune, bacillus pyocyaneus* i *bact. lactis aerogenes. (Jahrbuch für Kinderheilkunde XXXVIII,* zeszyt 4).

Zupełnie ten sam temat poruszył:

Fischl: **O gniciu w żołądku i jelitach.**

Wychodząc z tego zapatrywania, że nieprawidłowe rozkłady w kiszkach mogą być przyczyną ogólnego zakażenia ustroju, przedsięwziął badania bakteryologiczne pośmiertne różnych narządów; mianowicie zaś w przypadkach klinicznie rozpoznanych jako *cholera infantum* albo *gastroenteritis acuta* badał on wkrótce po śmierci ogniska zapalne w płucach, miąższ wątroby, śledziony, nerki, wreszcie krew wziętą z komory serca. Z treści tych organów wylewał płytki z agaru glicerynowego a równocześnie badał te same organy mikroskopowo. We krwi, jak również w treści miąższu pewnych narządów znalazł we wszystkich 11 badanych przypadkach drobnoustroje a mianowicie najczęściej wyhodował się gronkowiec i paciorkowiec (*staphylo-* i *streptococcus*) w kilku przypadkach i *bacterium coli commune* czyli znajdywał te bakterye, o których wiemy, że dostawszy się do krwi wywołują posocznicę *(septicaemia)*. Te same drobnoustroje znachodzono także we krwi i w chorobie Winckela, w chorobach naczyń pępkowych (*arteriitis et phlebitis umbilicalis*), t. j. w chorobach, które niczem innem nie są, jak tylko posocznicą powstałą z różnych przyczyn. Jeżeli więc te same bakterye wykażemy we krwi w pewnych formach chorób przewodu pokarmowego, to wynika ztąd, że te formy mogą być przyczyną posocznicy. *Jahrbuch f. Kinderheilkunde XXXVII.*

W związku z pracami powyższemi jest także publikacya:

S. Felsenthala i Bernharda: **O zmianach mikroskopowych w nerkach w przebiegu** *gastroenteritis acuta,*

którzy badając mikroskopowo nerki w 15 przypadkach ostrego zapalenia żołądka i kiszek znaleźli zwyrodnienia przybłonków w przewodzikach nerkowych, podczas gdy kłębki Malpigiego były bardzo mało dotknięte zmianami. Zmiany te w przybłonkach, odpowiadające zupełnie zmianom wykazanym już poprzednio w cholerze azyatyckiej, dostarczają jeszcze jednego więcej dowodu, że pewne formy chorób przewodu pokarmowego u dzieci uważać musimy za choroby zakaźne, ogólne, chociaż nie znamy dotychczas swoistego dla nich prątka. *(Archiv. f. Kindhlkd. XVII. 3.* i *4.*

Dr. Jan Raczyński.

Okulistyka.

Schmidt-Rimpler: **Leczenie porażenia akomodacyi surowicą Behringa.**

S. ogłasza trzy przypadki porażenia akomodacyi po błonicy, leczone surowicą Behringa. Porażenia te miały po zastosowaniu surowicy ustąpić w nierównie krótszym czasie, niż to zwykle się zdarza. W przypadku pierwszym siła ako-

modacyi wynosiła 3·5 dyoptryj a po zastosowaniu surowicy Nr. I. raz jeden tylko, wzrosła po 13 dniach do 13·5 D. W drugim przypadku porażenie nie było tak mocne, gdyż A=7.5 D.; i tu po jednorazowem zastosowaniu surowicy już po 9-ciu dniach akomodacya wynosiła 12·5 D. Zupełnie podobny jest i trzeci przypadek. To też S. radzi w przypadkach tego cierpienia oraz w przypadkach błonicy spojówki stosować surowicę Behringa. *(Centralblatt f. Augenh.* 1894. Grudzień). *Dr. Brudzewski.*

Ginekologia.

Hofmeier: O wpływie włókniaków macicy na zapłodnienie, ciążę i poród.

Na podstawie 213 przypadków, z których 208 z własnej a 5 z praktyki Schroedera, dochodzi autor do następujących wniosków:

25% kobiet mających włókniaki jest niezamężnych; 75% jest zamężnych a z tych 25 do 30% niepłodnych.

W większej części przypadków włókniak nie ma niekorzystnego wpływu na niepłodność, która zazwyczaj jest następstwem zupełnie innych przyczyn, a co najmniej rola jego jest tylko drugorzędna; niepłodność bowiem u kobiet, które przedtem rodziły, rozpoczyna się prawie zawsze od chwili, w której z wszelkiem prawdopodobieństwem włókniaka jeszcze nie było. Co więcej. Hofmeier uważa obecność włókniaków za okoliczność sprzyjającą zastąpieniu, pisze bowiem: Naturalnie, nie uważam włókniaków za okoliczność sama przez się dobrą, lecz nie ulega dla mnie wątpliwości, że u kobiet z włókniakami czynność części rodnych a więc i jajników utrzymuje się dłużej, niż zwykle i że w skutek tego zdolność do zastąpienia jest powiększona.

W dalszym ciągu swej pracy zbija H. rozpowszechnione mniemanie, jakoby włókniaki, wikłające ciążę tak często wywoływały poronienie lub poród przedwczesny i twierdzi na podstawie 23 a właściwie 20 przypadków przez siebie spostrzeganych, że włókniaki wikłające ciążę nie sprowadzają niebezpieczeństwa krwotoków lub przerwania ciąży i że podczas porodu i połogu są one tylko bardzo rzadko przyczyną poważnych powikłań a i te może cierpliwość, rozsądna pomoc przy porodzie a zwłaszcza jak najściślejsza antyseptyka i skrupulatne nadzorowanie okresu wydalenia popłodu zmniejszyć znacznie.

Przechodząc wreszcie do leczenia takich włókniaków jest zdania, że chwila jedynie odpowiednia dla interwencyi chirurgicznej jest kilka tygodni lub kilka miesięcy po porodzie. *(Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* Tom XXX. Zeszyt I. p. 199. 1894). *Dr. Fr. Michalik.*

Zapiski terapeutyczne.

13. Sprawa leczenia błonicy surowicą swoistą (z obrad wiedeńskiego Towarzystwa lekarskiego).

Heim, lekarz ordynujący w szpitalu dziecinnym św. Józefa w Wiedniu, zdaje sprawę ze swych doświadczeń nad leczeniem błonicy u 48 dzieci. Naprzód leczył surowicą 27 dzieci z rzędu i miał śmiertelność 22·2%; gdy mu następnie brakło surowicy, doszła śmiertelność do 65·5%, poczem otrzymawszy znów surowicę leczył nią 21 dzieci, z których umarło 28·5%. W ostatnich 10 latach (1885 do 1894) leczono w przerzeczonym szpitalu na błonicę 1695 dzieci, z których umarło 867 czyli 51·1%. W różnych latach wahała się śmiertelność między 38 a 58·7%. Zapalenia nerek nie były po użyciu surowicy częstsze, niż bez niej. Najlepsze skutki ze surowicy widziano w przypadkach leczonych w pierwszych trzech dniach.

Heim nie wypowiada jeszcze ostatecznego wyroku o wartości seroterapii w błonicy, zwraca atoli uwagę na łatwość zastósowania jej w praktyce i oświadcza, iż na nim podobnie jak na Widerhoferze (por. nr. 3 *Przeglądu lekarskiego* z r. b.) surowica zrobiła wrażenie nadzwyczaj korzystne, niedające się żadną miarą porównać ze skutkiem obserwowanym po innych sposobach leczenia błonicy.

Profesor Monti użył surowicy swoistej do leczenia błonicy częścią w poliklinice, częścią w praktyce prywatnej w 25 przypadkach, z których stracił tylko jeden i to nie na błonicę, ale na ogólne wyniszczenie i zapalenie płuc.

Dotychczasową statystykę skuteczności leczenia błonicy surowicą swoistą uważa Monti za niedostateczną, ponieważ w porównywaniu ze sobą przypadków nie umiano pogodzić pojęcia anatomo-patologicznego choroby ze stanem bakteryologicznym. Autor dzieli błonicę na: 1) formę włóknikową, w której naloty właściwe znajdują się na błonie śluzowej i która przeważnie przebiega miejscowo 2) formę mieszaną, w której złogi chorobowe znajdują się w błonie śluzowej mocno zapalonej i na niej samej i 3) formę zgorzelinową, w której obok wypociny włóknikowej przychodzi do obumarcia zajętych chorobowo tkanek. Tę ostatnią formę nazywają także gnilną, ponieważ najczęściej przychodzi w niej rychło do ogólnego zakażenia gnilnego.

Forma pierwsza może następnie przemienić się w drugą a potem w trzecią.

Laseczník Löfflerowski znajduje się przeważnie tylko w formie pierwszej i często zazwyczaj sam jeden wyłącznie. W formie drugiej znajdują się głównie streptokoki a obok nich laseczník Löfflerowski, nieraz dopiero po kilkokrotnem badaniu wykazać się dający.

W formie trzeciej czyli zgorzelinowej znajdują się rozmaite bakterye i stafilokoki, streptokoki, diplokoki a tylko starannie badając można wykryć także i laseczník Löfflerowski.

Te trzy formy błonicy różnią się od siebie tak przebiegiem klinicznym jak i ostatecznem zakończeniem. Forma pierwsza jest najłagodniejsza i ma śmiertelność najmniejszą; w formie drugiej śmiertelność jest znacznie większa z powodu rozległego zajęcia błony śluzowej i przemiany w formę trzecią, która jest najczęściej przyczyną niepomyślnego końca.

Tak różna w rozmaitych epidemiach śmiertelność z błonicy pochodzi z różnego przeważania owych form; ztąd też i skutki terapii bardzo są rozmaite. Gdy w jednej epidemii najrozmaitsze środki prowadzą do najlepszego skutku, w innych zawodzą najzupełniej, jeżeli przeważają przypadki formy drugiej lub trzeciej.

Jedenaście przypadków autora należało do pierwszej, włóknikowej formy, 14 do drugiej; z trzeciej nie było ani jednego. U 13 dzieci rozpoczęło się leczenie przed upływem 3-go dnia choroby; z nich nie umarło żadne. Z 12 dzieci leczonych po 3-ch dniach umarło jedno. U jednego dziecka nastąpił po kilku dniach nawrót choroby, co przemawia zatem, iż surowica nie chroni od recydywy.

W formie drugiej potrzeba było nieraz 3, 4 i 5 wstrzyknięć do zupełnego skutku.

Wszystkie swe przypadki badał autor bakteryologicznie i opierając się na 23 z nich jako dokładnie badanych, przekonał się, że w 9 z wyleczeniem błonicy zniknęły i właściwe laseczniki, gdy w 14 można je było wykryć i po wyleczeniu choroby, w jednym przypadku nawet po dwóch tygodniach.

Pod względem metody wstrzykiwania trzymał się autor ściśle sposobu podanego przez Behringa a mianowicie w formie włóknikowej wstrzykiwał nr. I., w drugiej zaczynał od nru pierwszego a gdy mimo tego sprawa błonicza szerzyła się dalej, wstrzykiwał stosownie do ciężkości przypadku nr. drugi lub trzeci. W zwężeniach tchawicy wstrzykiwał odrazu nr. drugi lub trzeci. Jeżeli po 24 godzinach nie było widać poprawy, powtarzano wstrzykiwania dopóty, dopóki miejscowo nie nastała zmiana.

W jednym przypadku po tracheotomii a w drugim po intubacyi użyto surowicy swoistej i w obu nastąpiło wyleczenie.

Zdaje się, iż surowica swoista nie we wszystkich formach błonicy działa jednako; to tłómaczy nam sprzeczności w datach statystycznych i nakazuje

wstrzymać się z wydaniem stanowczego sądu o wartości leczniczej surowicy w różnych postaciach błonicy.

Jeżeli wstrzyknie się dostateczną ilość surowicy, to w 24 do 36 godzin potem zmieniają błony wrzekome swą barwę, odgraniczają się, kruszeją i przemieniają w papkę mazistą, poczem oddzielają się zupełnie w ciągu 1 do 10 dni od błony śluzowej, która bledzie i stopniowo nabiera wejrzenia prawidłowego.

Uderzająca była w przypadkach autora znaczna liczba (12) porażeń pobłoniczych, występujących wcześnie (w 5 przypadkach już 5-go dnia) a zajmujących mięśnie podniebienia miękkiego, akomodacyjne i kończyny. Porażenia te zresztą ustępowały wkrótce.

W 52% przypadków pojawił się białkomocz, najpodobniej do prawdy skutkiem surowicy. Ponieważ w moczu nie znaleziono przytem żadnych pierwocin uorganizowanych a ilość moczu nie była zmniejszoną, nie można tego białkomoczu uważać za przypad zapalenia nerek.

Uwagi godnem jest spostrzeżenie, że rumień (*erythema*), rozszerzający się po całem ciele od miejsca wstrzyknięcia, występował po użyciu surowicy tylko z pewnych przesyłek i to we wszystkich przypadkach; przyczyna tego rumienia tkwi przeto prawdopodobnie w samej surowicy.

Unterholzner zdaje sprawę z użycia surowicy swoistej u 36 dzieci chorych na błonicę. Śmiertelność miał 25.8%, która po wypotrzebowaniu surowicy wzrosła do 66.7%, i oświadcza, nie wysnuwając z tak małej liczby spostrzeżeń wniosków za śmiałych, iż widział u małych dzieci kończące się pomyślnie przypadki tak ciężkie, których przy innem leczeniu pomyślnie zakończonych nigdy nie widział. Uważa przeto surowicę swoistą za środek mogący lepiej, niż każdy inny zmniejszyć znacznie śmiertelność z błonicy. (*Wiener medic. Wchschft.* 19. Stycznia 1895).

14. K. Binz. Zatrucie lekami za pośrednictwem odbytnicy (*rectum*) lub pochwy i zapobieganie jemu. Farmakopea niemiecka zawiera względem leków mocno działających wzmiankę, iż wolno je do użycia wewnętrznego dawać w ilości większej, niż dozwolona tylko wtedy, jeżeli lekarz doda na swym przepisie w miejscu właściwem wykrzyknik (!). Na wniosek autora przyjęty przez urząd zdrowia cesarstwa niemieckiego postanowiła rada związkowa dodać od 1. Kwietnia 1895 do ustępu co przytoczonego jeszcze:

Toż samo rozumie się o lekach rzeczonych w formie lewatyw i czopków.

Dodatek ten jest zupełnie uzasadniony. Jakkolwiek bowiem nie można wątpić, że resorpcya nie jest celem błony śluzowej odbytnicy, to jednakowoż wielu lekarzy nie wie lub nie pamięta, że błona śluzowa odbytnicy wsysa dobrze ciała rozpuszczone a z nią przez pewien czas w zetknięciu zostające.

Że lekarze o tem nie wiedzą lub nie pamiętają, świadczą przypadki otrucia po wprowadzeniu leków do odbytnicy.

Ze znanych sobie przytacza autor następujące dla przykładu:

a) Młody, silny mężczyzna ma rupie w odbytnicy (*oxyuris vermicularis*), na które dostaje lewatywę z 1‰ roztworu sublimatu. Rupie zabito wprawdzie, ale wywołano tak gwałtowne, ostre zatrucie rtęcią, iż chory przez kilka tygodni musiał leżeć w łóżku.

b) O wiele gorzej skończył się przypadek następujący: Histeryczka otrzymała od lekarza przepis:

Rp.	*Hydratis chlorali*	*15·00*
	Ttrae opii simpl.	*15*
	Aquae destil.	*60·00*

MDS. Wieczorem użyć trzeciej części do lewatywy.

W przepisie tym lekarz widocznie omylił się, zapominając po wyrazach *Ttrae opii simpl.* dodać *guttas*. Pomocnik aptekarski wydał przeto 15 gramów *tincturae opii simpl.*; chora dostała do odbytnicy naraz 5 gramów nastoju makowcowego i zmarła skutkiem tego.

Sąd skazał lekarza na miesiąc, właściciela apteki na dwa a wydającego receptę na trzy miesiące więzienia.

c) W pewnej miejscowości południowego Tyrolu chciał lekarz zapisać w lewatywie trzy gramy wodochlorku chininy (*chininum muriaticum*) a prócz tego osobno małą ilość morfiny do wstrzykiwań podskórnych; omylił się jednak i zapisał do lewatywy także trzy gramy morfiny.

Recepta zadziwiła aptekarza, który w tej mierze zasięgnął rady obecnego przypadkowo w aptece innego lekarza. Ten oświadczył, iż dawka jest wprawdzie za duża, ale do użycia zewnętrznego jeszcze ujdzie. Aptekarz sporządził przeto lek żądany a po użyciu z niego ⅙ czyli 0·50 nastąpiła śmierć wśród objawów zatrucia narkotykiem.

Sąd uznał u lekarza, który receptę ową napisał, tylko prosty *lapsus calami*; natomiast stanęli jako oskarżeni aptekarz i ów lekarz, przypadkowo w aptece obecny. Przy rozprawie obracało się wszystko około pytania, czy lewatywa w myśl farmakopei austryackiej jest wewnętrznem zadaniem leku. Ponieważ zdania znawców sądowych były w tej mierze podzielone, przeto zasięgnięto opinii właściwego wydziału lekarskiego, który orzekł, iż lewatywa jest środkiem zewnętrznym. Na tej podstawie uwolniono obu oskarżonych.

d) Lekarz chciał zapisać choremu 4 gramy chloralu w lewatywie, omylił się jednak, nie dając kropki po 4 tak, iż było na recepcie 40. Aptekarz lek ten wydał, chory go użył na noc i umarł. Lekarza i aptekarza ukarano bardzo dotkliwie.

e) Również nastąpiła śmierć bardzo rychło po przepisaniu do lewatywy 100 gramów *acidum carbolicum liquefactum*, z których chory użył 70 gramów. Sekcya wykazała ostre zatrucie karbolem jako przyczynę śmierci.

f) Również nastąpiły bardzo gwałtowne objawy otrucia po wprowadzeniu do odbytnicy czopka, zawierającego przez omyłkę aptekarza 6 centygramów siarkanu atropiny w miejsce 6 centygramów *extracti belladonnae*.

Toż samo, co powiedziało się tutaj o odbytnicy, zastosować się daje i do pochwy; jakoż znane są już dawno przypadki śmierci po wprowadzeniu arsenu do pochwy a z doświadczeń Coena i Leviego w Liwornie wiadomo, iż jodek potasu, jodoform, kwas salicylowy, salol i antypiryna, jako takie lub w części swych składników, przechodzą za pośrednictwem pochwy do moczu i że ta zdolność resorpcyjna pochwy powiększa się u ciężarnych, położnic i gorączkujących. Być może wszakże, że wessanie przez pochwę odbywa się wolniej niż przez odbytnicę, ale nie ma zasadniczej różnicy między niemi.

Również trzeba ostrożności z wstrzykiwaniem środków mocno działających do pęcherza moczowego, macicy i innych naturalnych lub sztucznych jam ciała.

Ztąd też pokazuje się, iż przywiedziony na wstępie przepis dodatkowy do farmakopei niemieckiej, mający obowiązywać od 1. Kwietnia r. b., jest uzasadniony i chroni lekarza i aptekarza od odpowiedzialności a chorego od niebezpieczeństwa. (*Berliner klin. Wchschft.* 21. Stycznia 1895).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak.

Posiedzenie w dniu 12. Listopada 1894 r.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. — Obecnych członków 9.

1) Na wniosek przewodniczącego uchwalono zaprosić na stałego członka komisyi prof. Dra Odona Bujwida a to w miejsce stałe w Krakowie nieobecnego doc. Dra Grabowskiego, na wniosek zaś prof. Steingrabera zaprosić na członka nadzwyczajnego prof. Adamczka i o tem Tow. lek. krak. zawiadomić.

2) Mydło szare wyrabiane przez P. Rożnowskiego w Krakowie uchwalono ponownie zbadać pod względem składu chemicznego a równocześnie stwierdzić jego dobroć w użyciu leczniczem.

3) Uchwalono zwrócić uwagę P. Dobrowolskiego, że budując w Podgórzu nową fabrykę przetworów opatrunkowych powinien był prosić o wskazówki co do urządzenia tej fabryki.

4) Przyjęto z zadowoleniem do wiadomości sprawozdanie członka komisyi, magistra farm. P. Sobierajskiego, że fabryka wód gazowych PP. K. Rzący i Chmurskiego prowadzoną jest w sposób należyty i że jej wyroby godne są dalszego polecenia i poparcia.

5) W sprawie mleczarstwa przyjęto do wiadomości:

a) że jedna z mleczarń w okolicy Krakowa, z którą podjęto rokowania, nie może zgodzić się na warunki jej postawione, pod którymi mogłaby ją komisya przedstawić Tow. lek. krak. do polecenia;

b) że mleczarnie w Gnojniku i w Sledziejowicach nadesłały w należytym czasie świadectwa o dobrym stanie zdrowia krów i służby stajennej, począwszy od 9. Maja b. r.

c) że podkomisya wybrana na posiedzeniu w d. 9. Maja przedłoży wkrótce wnioski dotyczące sterylizacyi mleka.

6) Uchwalono podziękować Redakcyi czasopisma Tow. aptek. we Lwowie za umieszczenie spisu przetworów i wyrobów przez Tow. lek. krak. uznanych i poleconych.

7) Pragnąc korzystać ze znajomości fachowej P. Stan. Freunda, obecnie dyrektora szkoły zawodowej w Świątnikach, uchwalono zachęcić go do dalszego wyrabiania przyrządów leczniczych a w szczególności elektroterapeutycznych, które zyskały już polecenie Towarzystwa lek. krakowskiego.

8) Powzięto uchwałę, że przetwory lecznicze i dyetetyczne wyrobu P. Sobierajskiego utraciły prawo polecania przez Tow. lek. krak. z chwilą, gdy apteka P. Sobierajskiego przeszła w posiadanie P. mag farm. Otowskiego. Jeżeli nabywca apteki tej wyrabiać będzie nadal te przetwory i pragnie, by one były przez Tow. lek. krak. polecone, powinien poddać je ponownemu ocenieniu komisyi przemysłowo-lekarskiej.

9) W sprawie w użycie lecznicze wprowadzonego zdroju Karola w Krynicy, którego szczególne własności dziennikami ogłoszono, ale składu chemicznego nigdzie do wiadomości lekarzy nie podano, uchwalono odnieść się do Wysokiego c. k. Namiestnictwa jako władzy, której zakład zdrojowo-kąpielowy Krynicki bezpośrednio podlega, z prośbą o nadesłanie szczegółowego wyniku rozbioru chemicznego a to w tym celu, by szersze koła lekarskie mogły sobie wyrobić własny sąd, czy zdrój Karola nadaje się istotnie do użycia w zastępstwie szczaw obojętnych a względnie szczaw słabo-alkalicznych, jak już obecnie przez niektórych lekarzy zdrojowych, w Krynicy praktykujących bywa polecanym.

10) Co do zjazdu balneologicznego, który odbył się w jesieni podczas wystawy krajowej we Lwowie, uchwalono zwrócić uwagę inicyatorów tego zjazdu, że komisya przemysłowo-lekarska Tow. lek. krak., dla popierania przemysłu krajowego w zakresie lecznictwa przez Tow. lek. krak. uchwałą z dnia 7. Kwietnia 1886 r. ustanowiona, nie została na zjazd ten zaproszoną, pomimo że po rozwiązaniu komisyi balneologicznej uchwałą Tow. lek. krak. z dnia 20. Maja 1890. poruczoną ma opiekę nad zdrojowiskami krajowemi, opiekę tę w rzeczywistości wykonywa i jest obecnie jedyną instytucyą publiczną, która jest uprawnioną do wypowiadania imieniem tak poważnego grona lekarskiego, jak Towarzystwo lekarskie krakowskie, zdania o potrzebach zdrojowisk krajowych.

11) Przyjęto z uznaniem do wiadomości, że P. magister farm. Wład. Bełdowski założył w Krakowie przy ulicy Poselskiej fabrykę pudełek i tutek papierowych dla użytku aptekarzy i wyrażono życzenie, by aptekarze krajowi zaopatrywali się w jego wyroby w miejsce wyrobów zagranicznych.

12) Uchwalono odpowiedź na zapytanie c. k. Dyrekcyi okręgu skarbowego krakowskiego o uwolnienie od podatku spożywczego jednego z fabrykantów win leczniczych.

Sekretarz komisyi przem. lek.: *Dr. Michał Śliwiński.*

VI. Zdanie sprawy z I. kongresu internistów francuskich w Lugdunie.

Podał

Dr. Karol Kłecki.

W niespełna dwa tygodnie po zamknięciu kongresu chirurgów francuskich, który w roku zeszłym odbył się w Lugdunie, został otwarty w tem samem mieście kongres internistów francuskich, trwający od 25. do 29. Października. Chirurdzy francuscy utworzyli na wzór niemieckiego towarzystwa chirurgicznego *Association française de Chirurgie* i obradują corocznie już od 8 lat. Lekarze interniści francuscy dopiero w ostatnich czasach postanowili pójść za przykładem innych narodów i zebrali się w końcu Października r. z. po raz pierwszy. Inicyatywa do urządzenia tego kongresu wyszła z Lugdunu. Wybitniejsi lekarze tameczni, w głównej części członkowie uniwersytetu, pod przewodnictwem Dra Gailletona, profesora chorób skórnych a zarazem prezydenta miasta, utworzyli komitet organizacyjny, opracowali szczegółowo cały plan kongresu, a po ukończeniu tej pracy ogłoszono uchwałę, według której kongres miał się odbyć w Lugdunie w d. 25 — 29. Października r. z. i na kongres ten zaproszono wszystkich kolegów rodaków, przedewszystkiem zaś lekarzy paryskich. Na wezwanie to stawili się lekarze w stosunkowo niewielkiej liczbie; ogółem, a więc wraz z miejscowymi członkami Zjazdu, których było bardzo wielu, zebrało się około 260 uczestników. Z wybitniejszych lekarzy paryskich przybyli: Bouchard, Potain, Lancereaux, Charrin, Hayem, Mathieu, Hallot. Dupre i inni.

Lugduńczycy spodziewali się, że z Paryża przybędzie znacznie większa liczba kolegów, aniżeli to się stało. Jakkolwiek Lugdun jest miastem uniwersyteckiem, posiada blisko pół miliona mieszkańców i wszelkie urządzenia wielkomiejskie, nie jest on wobec Paryża niczem innem, jak tylko prowincyą. Wobec tego, że zdaniem wszystkich inicyatywa do zorganizowania I. kongresu internistów francuskich a ewentualnie do zorganizowania stałych kongresów tego rodzaju powinna była wyjść z Paryża, w rzeczywistości zaś myśl taka powstała i została urzeczywistniona na prowincyi, dawał się uczuwać w stosunku gospodarzy lugduńskich do ich gości paryskich pewien ton, niezupełnie czysty, a przebijający niekiedy wśród ogólnej harmonii z jednej strony jako utajona radość z powodu uprzedzenia Stolicy w dokonaniu poważnego dzieła, z drugiej zaś strony jako coś w rodzaju pobłażliwości starszych względem młodszych.

Według słów prof. Barda, *agrege* fakultetu lugduńskiego, sekretarza jeneralnego komitetu organizacyjnego, kongres internistów francuskich bynajmniej nie miał nosić cechy narodowej; miał to być kongres nie lekarzy Francuzów, lecz lekarzy używających mniej lub więcej stale języka francuskiego, a więc i Szwajcarów, Belgijczyków i Włochów. Przybyło wprawdzie kilku przedstawicieli tych narodów a nadto Dr. Obrigia z Bukaresztu, Dr. Kannelis z Aten i Dr. Hellmann z Nowego Jorku, zjazd jednak, jak to już powiedziano, licznym nie był. Uderzającą była ta okoliczność, że w I. kongresie internistów francuskich nie wziął udziału ani jeden lekarz narodowości rosyjskiej. Pomijając nawet sympatyę i przyjaźń, łączące w ostatnich czasach Rosyan z Francuzami, okoliczność ta zadziwia choćby tylko

z tego względu, że do Francyi przyjeżdżają lekarze rosyjscy na studya w bardzo wielkiej liczbie i że w samym Paryżu mieszka ich spora garstka.

Na kongres internistów francuskich zapowiedziano 138 wykładów, a co najważniejsza, z małymi tylko wyjątkami prawie wszystkie te wykłady odbyły się i to w ciągu bardzo niedługiego czasu, mianowicie w ciągu czterech dni. Wśród wielkiej liczby referatów i przyczynków naukowych, przedstawionych zjazdowi, były oczywiście rzeczy o bardzo rozmaitej wartości. W ogóle jednak da się powiedzieć, że strona naukowa tego zjazdu była dobrą. Nie zamierzając wychodzić poza ramy krótkiego sprawozdania, ograniczę się do jak najtreściwszego przedstawienia tej strony zjazdu.

Francuska prasa lekarska miała tam bardzo wielu urzędowych przedstawicieli a zatem czytelnik ciekawy szczegółów znajdzie je w *Bulletin médical*, *le Progrès médical*, *la Semaine médicale*, *Gazette des Hôpitaux* i innych czasopismach lekarskich; za kilka miesięcy zaś wyjdzie z pewnością Pamiętnik kongresu, zawierający wykłady *in extenso* lub też autoreferaty z nich. Natomiast chciałbym cokolwiek obszerniej pomówić o stronie zewnętrznej kongresu, o jego stronie towarzyskiej, o uroczystości odsłonięcia pomnika Klaudyusza Bernarda, jaka przypadła w czasie trwania kongresu, głównie zaś o jego wewnętrznej organizacyi, którą śmiało mogę nazwać wzorową. Posiedzenia kongresu odbywały się w wielkim amfiteatrze gmachu lugduńskiego fakultetu lekarskiego. W obszernych pawilonach tego wspaniałego gmachu, pięknie położonego na wybrzeżu Rodanu, mieszczą się zakłady przyrodnicze i lekarskie, w głównym zaś budynku mieści się wielki, z komfortem urządzony amfiteatr; w przedsionku u wejścia stoją dwa popiersia: Tripiera i Teissiera.

Na przybycie uczestników kongresu ozdobiono cały gmach zielenią; zewsząd powiewały trójkolorowe sztandary, spięte po siedm tarczami, noszącemi cyfry Rzeczypospolitej francuskiej.

Pierwsze posiedzenie kongresu odbyło się wobec dość licznie zebranej publiczności 25. Października o g. 9 rano. Zagaił je prof. Gailleton, który w krótkich słowach określił znaczenie kongresów lekarskich w ogóle, oraz wyraził I. kongresowi internistów francuskich życzenia jak najlepszego powodzenia. Jako wiceprezes komitetu organizacyjnego, przemawiał drugi z kolei prof. Mayet z Lugdunu, zwracając uwagę na trudności, jakie komitet miał do przezwyciężenia, zanim zdołał zorganizować kongres, oraz dziękował prof. Potainowi z Paryża za objęcie przewodnictwa na posiedzeniach kongresu. Prof. Potain w dłuższem przemówieniu podnosił prace lekarzy prowincyonalnych, które przyczyniły się do postępu wiedzy lekarskiej, oraz wyliczał niemal wszystkich znakomitszych lekarzy francuskich, których pole działalności leżało poza obrębem Paryża. Wszystkie te trzy mowy były od początku do końca czytane. Po mowie prof. Potaina publiczność opuściła amfiteatr a po otworzeniu ściślejszego posiedzenia kongresu, prof. Bard, jako sekretarz komitetu organizacyjnego, zdał sprawę z czynności tegoż komitetu. Następnie ukonstytuowało się prezydyum w następującym składzie: przewodniczący prof. Potain, zastępcy przewodniczącego prof. Mayet i prof. Soulier, sekretarz prof. Bard, poczem sekretarz kongresu zakomunikował zgromadzeniu następujące cztery uchwały komitetu organizacyjnego:

1) Ogłoszony drukiem porządek dzienny poszczególnych posiedzeń kongresu jest ostatecznym i żadnym zmianom podlegać nie może.

2) Wykłady zapowiedziane po zamknięciu porządku dziennego zostaną umieszczone na końcu porządku dziennego tych posiedzeń, na których będą omawiane przedmioty pokrewne, lub też odbędą się na posiedzeniach dodatkowych.

3) Żaden wykład nie może trwać dłużej niż 10 minut.

4) Posiedzenia zjazdu będą się rozpoczynały punktualnie o wskazanym czasie.

Podobne punkty uchwala niemal każdy komitet organizujący jakikolwiek kongres, atoli nie zawsze bywają one ściśle przestrzegane. Dzięki powadze profesora Potaina oraz ogromnej energii i stanowczości prof. Barda na I. Kongresie internistów francuskich przestrzegano punktów tych z niesłychaną skrupulatnością i dzięki temu, posiedzenia kongresu płynęły równo i jednostajnie a rozpoczynały się i kończyły w czasie z góry określonym. Obradowano w ciągu dni czterech; zazwyczaj odbywały się dziennie trzy posiedzenia: od 9—12, od 2—4 i od 4—6 po poł. Posiedzenia trwające od godz. 2—4 po poł. były przeznaczone na referaty z kwestyj podanych do dyskusyi przez komitet kongresu oraz na roztrząsanie tych kwestyj. Było ich trzy: etyologia i patogeneza cukrzycy, znaczenie badania chemicznego treści żołądkowej pod względem klinicznym oraz stan nauki o afazyi. Porządek dzienny posiedzeń popołudniowych był tak ułożony, że na każdem posiedzeniu roztrząsano prawie wyłącznie kwestye pokrewne. Jeżeli dyskusya nad jakimkolwiek przedmiotem zainteresowała większą liczbę uczestników kongresu lub też przeciągała się dłużej, aniżeli pozwalał czas z góry na daną dyskusyę przeznaczony, odkładano daną kwestyę na dodatkowe posiedzenie, które się odbywało o godzinie 8. rano, albo też uczestnicy kongresu, zainteresowani daną kwestyą wraz z prelegentem przechodzili do sąsiednich sal w tym celu przygotowanych i tam dyskutowali dowoli nad daną sprawą pod przewodnictwem jednego z wiceprezesów, posiedzenie zaś główne kongresu odbywało się w ciągu dalszym. Wszystkie poważniejsze referaty oraz dłuższe kommunikaty poprzednio wydrukowane, rozdawano uczestnikom zjazdu przed rozpoczęciem danego wykładu tak, że prelegent nie potrzebując rozwodzić się długo nad wszystkimi szczegółami, w ciągu stosunkowo krótkiego czasu był w stanie zwrócić uwagę na główne punkta swej pracy, oraz wytłómaczyć je dostatecznie. Wszystkie drobniejsze komunikaty bez wyjątku czytano; bezpośrednio po odczytaniu swej pracy, prelegent oddawał ją sekretarzowi zjazdu, przedstawicielom prasy zaś podawał poprzednio przygotowany auto-referat. Porządku tego przestrzegano z całą surowością. Zachowując pozory porządku przez komitet kongresu uchwalonego, wyłamał się z pod niego jedynie Dr. Mathieu z Paryża dzięki dowcipnemu podstępowi. Chcąc uzyskać na swój komunikat więcej czasu od innych, podał on ten kommunikat pod dwoma tytułami, jako dwa komunikaty oddzielne; że zaś zamieszczono je na porządku dziennym jednego i tego samego posiedzenia, Dr. Mathieu bardzo wygodnie plan swój przeprowadził.

Jak wiadomo, publiczność francuska choćby wyłącznie z poważnych lekarzy złożona, należy do żywiołów w ogóle dosyć niesfornych, lubi być głośną a ciętą posiadając wymowę, zwłaszcza w stanie choćby lekkiego podrażnienia, z trudnością wstrzymuje się od wycieczek osobistych. Duch

porządku i karności, jaki panował na I. kongresie internistów francuskich, sprzeciwiał się zasadniczo podobnym wybuchom narodowego usposobienia. To też w ciągu całego kongresu raz tylko przyszło do ostrzejszego przemówienia się pomiędzy dyskutującymi; zazwyczaj zaś opozycye, nawet dość zasadnicze, wypowiadano z tak wyszukaną grzecznością, że sama forma opozycyj, jakkolwiek często w najwyższym stopniu obłudna, sprawiała satysfakcyę autorowi krytykowanej pracy. Nieraz się zdarzało, że oponent wykazawszy w swojem przemówieniu zasadnicze braki danej pracy, nazywał ją w końcu dziełem znakomitem a nawet arcydziełem. Każdy wykład bez względu na jego wartość oraz formę hucznie oklaskiwano; gdy w dyskusyi dwu uczestników kongresu wypowiadało zapatrywania wprost sobie przeciwne, ogół słuchaczów oklaskiwał zarówno jedną jak i drugą stronę. Wprawdzie galeryę stanowiła młodzież akademicka, która nie szczędziła oklasków przemawiającym a która częstokroć mogła była powodować się nie tyle treścią czy formą danego wykładu, co sympatyą osobistą, jaką żywiła dla wykładającego; jednakowoż nieszczere a huczne oklaski często sypały się ze strony ludzi poważnych, stanowiących względem wykładającego opozycyę — było to z ich strony tylko aktem zwykłej grzeczności. Pomijając jedynie ten ostatni szczegół, który niezupełnie licował z ogólną, poważną cechą, jaką nosił I. kongres internistów francuskich, jego strona zewnętrzna wypadła doskonale; porządek w odczytywaniu komunikatów oraz przeprowadzaniu dyskusyi, jaki tam panował, był tak wzorowym, że doprawdy mimowoli nasuwała się myśl, iżby nasze zjazdy zyskały, gdybyśmy pod tym względem chcieli naśladować internistów francuskich. Od prof. Barda dowiedziałem się, że powyżej opisane, nadzwyczaj praktyczne urządzenie, dzięki któremu wszystkie zapowiedziane wykłady mogły były przyjść do skutku we właściwym czasie, zostało zaprowadzonem po smutnych doświadczeniach, jakie wyniesiono z ostatniego zjazdu chirurgów francuskich. W każdym razie byłoby bardzo pożądanem, ażeby podobnie urządzono się w przyszłości i na naszych zjazdach. (Dokończenie nastąpi).

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 24. Stycznia 1895.

— W dniu 16. b. m. odbyło się posiedzenie administracyjne Towarzystwa lek. krak., stanowiące ciąg dalszy i zakończenie takiegoż posiedzenia z dnia 9. Stycznia. Na posiedzeniu tem urzędnicy Towarzystwa zdali sprawę z powierzonych sobie czynności w ciągu ubiegłego roku 1894. a mianowicie: kol. Sroczyński z czynności naukowych, kol. Mars w zastępstwie kol. Zarewicza z obrotu i stanu kasy, kol. Cybulski z administracyi *Przeglądu lekarskiego*, kol. Zanietowski (starszy) z czynności komisyi kontrolnującej, kol. Murdzieński ze stanu biblioteki, kol. Mars z czynności komitetu dla budowy domu Towarzystwa, kol. Śliwiński z czynności komisyi przemysłowej, wreszcie kol. Surzycki odczytał zdanie sprawy przysłane przez Dra Bylickiego ze Lwowa ze stanu kasy wdów i sierót po lekarzach. Na zakończenie na wniosek kol. Zanietowskiego wyrażono jednomyślnie największe uznanie ustępującemu prezesowi Towarzystwa.

— Dr. Grzegorz Ziembicki, lekarz ordynujący oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego we Lwowie, otrzymał krzyż kawalerski orderu legii honorowej. Dekret podpisał jeszcze prezydent Rzeczypospolitej francuskiej Casimir-Perier tuż przed swem ustąpieniem.

— Ponowne próby z surowicą otrzymaną w Zakładzie higienicznym krakowskim z 2 koni wykazały, że moc jej działania znacznie wzrosła i obecnie przekracza już $^1/_{150\cdot000}$ czyli jest równą a nawet nieco większą od numeru pierwszego surowicy Behringa i od surowicy Rouxa, jak tego dowiodły zresztą próby równoczesne z tymi oboma rodzajami surowicy wykonane. Od tej chwili surowica Bujwida będzie już stosowaną w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego w szpitalu św. Ludwika w Krakowie.

— Dr. Karol Zaleski w Sanoku ofiarował Towarzystwu kolonij wakacyjnych dla dziewcząt 1050 m.² gruntu pod budowę własnego domu w Mikuliczynie, miejscowości znanej ze swego zdrowego położenia i kąpieli w Prucie i pozwolił kolonistkom korzystać z pobliskiego lasu.

— Autorowie życzący sobie, by z ich prac polskich z zakresu ogólnej przemiany materyi, fizyologii i patologii przewodu pokarmowego, dyagnostyki i terapii chorób żołądka, jelit, wątroby i trzustki zdano sprawę w nowo powstającem *Archiv für Verdauungskrankheiten* Boasa w Berlinie zechcą odbitki prac swoich przysłać Drowi Ignacemu Grundzachowi w Warszawie przy ulicy Orlej Nr. 12. Pierwszy referat zbiorowy obejmować będzie prace wyszłe z druku w drugiem półroczu roku 1894.

— Wspomnieliśmy w poprzednim numerze, że najpodobniejszą do prawdy przyczyną pojawienia się epidemii duru brzusznego w Londynie temi czasy wśród zamożnej części ludności była konsumcya ostryg, w niewiadomy wszakże sposób zakażonych. Otóż o czemś podobnem zupełnie donoszą dzienniki amerykańskie z miasta Middletown w Stanach Zjednoczonych, gdzie także pojawił się dur brzuszny u osób, które jadły ostrygi na surowo, nie wystąpił zaś u tych, które je skonsumowały gotowane. Przy zbadaniu ściślem sprawy przez miejscową komisyę sanitarną pokazało się, iż ostrygi, o których mowa, nabyto od pewnego domu handlowego w New Hawen, który miał zwyczaj przechowywania ostryg przed wysłaniem do konsumcyi przez jeden lub dwa dni w ujściu rzeki w miejscu pobliskiem pewnego kanału. Otóż wykryto, iż w domu prowadzącym materye kloaczne do owego kanału zaszły właśnie temi czasy dwa przypadki duru brzusznego.

— W czasie, w którym z różnych stron tyle podniosło się głosów i to głosów poważnych w sprawie zaprowadzenia jednego języka obrad dla międzynarodowych kongresów lekarskich, zadziwiać musi chęć rządu hiszpańskiego dopuszczenia do posiedzeń 9-tego międzynarodowego kongresu higieniczno-demograficznego, który ma w r. 1897. odbywać w Madrycie swe narady, aż sześciu języków urzędowych: hiszpańskiego, portugalskiego, francuskiego, włoskiego, angielskiego i niemieckiego.

Jeżeli już dotychczasowa wielojęzyczność na posiedzeniach nie tylko nic przyniosła nic dobrego, ale w znacznej części sparaliżowała czynności kongresów międzynarodowych, to tem bardziej nie można oczekiwać żadnych korzyści z powiększenia się liczby języków dopuszczonych do obrad kongresów, jeżeli każdy naród, u którego odbywa się kongres, zechce swój język przyczyniać. Upadek dobrej idei kongresów międzynarodowych będzie nieuchronnem następstwem takiego postępowania.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 16. b. m. Dr. **Hauser**, lekarz pułkowy i komendant szpitala garnizonowego w Tarnowie. — W dniu 18. b. m. **Stanisław Huzarski**, lekarz powiatowy w Szczuczynie w gubernii łomżyńskiej przeżywszy lat 51. — W dniu 13. b. m. w Czerniowcach Dr. **Wojciech Uszyński**, okulista, w wieku 54 lat. — W Łodzi lekarz **Jakób Garfinkel** w 39. roku życia. — W Marburgu w Hesyi profesor fizyologii Dr. **Külz**. — We Wrocławiu profesor rynologii, laryngologii i otyatryi Dr. **J. Gottstein**.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich: w *Gazecie lekarskiej* Nrze 3. J. Mutermilch: O przyczynach zapalnych powikłań po operacyi zaćmy. J. Czajkowski: Zapalenie płuc komórkowe pod względem klinicznym, etyologicznym i anatomicznym. W. Gajkiewicz: Trzy przypadki syfilisu mózgowia. W *Medycynie* Nrze 3. L. Lubliner: O polipie krwawiącym przegrody nosowej. W. S. Zawadzki: Przyczynek do patologii padaczki połowicznej (dokończenie). W *Nowinach lekarskich* zeszycie Styczniowym z r. b. W. Sobierański: Nowsze badania nad farmakologią żelaza. A. Jaruntowski: Przyczynek do badania krwi w górach, mianowicie u chorych piersiowych. S. Jerzykowski: O wpływie utajonej rzeżączki na niepłodność niewiast. Kucharzewski: Przypadek ostrej nosacizny u człowieka. W *Przewodniku higienicznym* w Nrze Styczniowym z r. b. P. Radecki: Kronika fałszowań i oszukaństw.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

L. 106.
1195.

KONKURS.

Z powodu braku odpowiednich kandydatów rozpisuje się niniejszem ponownie konkurs na posadę lekarza okręgowego w Bohorodczanach.

Okręg sanitarny obejmuje 11 gmin z ludnością 22911. Płaca roczna 500 złr. (1000 koron). zaś ryczałt na koszta podróży służbowych 318 złr. (636 koron) rocznie.

Kompetenci muszą w myśl §. 7. ustawy z dnia 2. Lutego 1891. Nr. 17. dz. ust. kraj. prócz dostatecznej fizycznej zdatności udowodnić się mającej świadectwem c. k. lekarza powiatowego lub też świadectwem lekarskim potwierdzonem przez c. k. lekarza powiatowego, wykazać następujące warunki:

1) Prawo obywatelstwa austryackiego z przedłożeniem metryki urodzenia.
2) Dyplom doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
3) Nieskazitelny charakter.
4) Znajomość języków krajowych.
5) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim.

Pierwszeństwo mają ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego albo egzaminem fizykackim.

Posada na razie prowizorycznie zostanie nadaną na rok jeden.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Wydziału powiatowego na ręce podpisanego prezesa najdalej do 20. Lutego 1895.

Bohorodczany dnia 17. Stycznia 1895.

Prezes:
Józef Szeliński.

67—3—1

L. 337. pr.

KONKURS.

W celu obsadzenia opróżnionych dwóch posad lekarzy powiatowych I. klasy i jednej posady lekarza powiatowego II. klasy ewentualnie posad asystentów sanitarnych, rozpisuje się niniejszem konkurs do 20. Lutego 1895.

Kandydaci mają swe podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyi wymagane rozporządzeniem Ministeryalnem z d. 21. Marca 1873. Nr. 37. dz. u. p. oraz w dowody znajomości języków krajowych, wnieść w powyższym terminie do Prezydyum c. k. Namiestnictwa, a mianowicie: kompetenci pozostający w służbie państwowej w przepisanej drodze służbowej, inni zaś, przez odnośne Starostwo a we Lwowie i w Krakowie przez dotyczące c. k. Dyrekcye policyi.

Z Prezydyum c. k. Namiestnictwa.

Lwów dnia 20. Stycznia 1895. 68—1—1

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.